

Körperpsychotherapie studieren

**Entwurf eines universitären Curriculums nach dem Vorbild
US-amerikanischer Masterstudiengänge**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
des
Fachbereichs Erziehungswissenschaften
der Philipps-Universität Marburg

Erstgutachter: Prof. Dr. Jürgen Seewald
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Maurer

Vorgelegt von

Benajir Wolf
aus Düsseldorf

Marburg / Lahn 2010

Vom Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg
als Dissertation angenommen am: 09.06.2010

Abschluss der mündlichen Prüfung am: 09.07.2010

Betreuer: Prof. Dr. Jürgen Seewald

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Susanne Maurer

„Wenn dein Leben nicht drei Dimensionen hat, wenn du nicht im Körper lebst, sondern in zwei Dimensionen in der platten und gedruckten Papierwelt, so als ob du nur deine Biographie leben würdest, dann bist du im Nirgendwo. Du siehst nicht die archetypische Welt, sondern lebst wie eine gepresste Blume zwischen Buchseiten, eine bloße Erinnerung deiner selbst.“

C. G. Jung

(1989, 972, Übersetzg.)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
I Warum Körperpsychotherapie studieren?	5
II Die Körperpsychotherapie	12
1 Begriffsbestimmung	12
2 Berührungspunkte und Abgrenzung von anderen Psychotherapiefeldern	18
3 Ursprünge und Entwicklung	21
3.1 Psychoanalyse.....	21
3.2 Lebensreformbewegung in Gymnastik und Tanz.....	27
3.3 Human Potential Movement	31
4 Verfahren der Körperpsychotherapie und körperorientierten Psychotherapie	37
4.1 Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) nach Helmuth Stolze .	40
4.2 Die Tanztherapie unter besonderer Betrachtung des Authentic Movement nach Janet Adler	42
4.3 Bioenergetische Analyse nach Alexander Lowen	47
4.4 Holotropes Atmen nach Stanislav und Christina Grof.....	49
4.5 Gestalttherapie nach Fritz Perls.....	51
4.6 Psychodrama nach Jacob L. Moreno	52
4.7 Open Encounter nach Will Schutz	53
5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der körperpsychotherapeutischen Verfahren.....	57
5.1 Das ganzheitliche Menschenbild der Körperpsychotherapie	58
5.2 Gibt es eine Landkarte der Körperpsychotherapie? – Ansätze zur Kategorisierung.....	60
6 Status quo der Körperpsychotherapie	81
6.1 Stand und Anerkennung in der Psychotherapielandschaft	81
6.2 Wirkungsannahme.....	85
6.3 KPT Institute in Deutschland	96
6.4 Bedeutung der Körperpsychotherapie für die Psychosomatik ..	100

III Bedarfsanalyse	102
1 Methode.....	102
1.1 Die Bedarfsanalyse.....	102
1.2 Der Fragebogen.....	102
2 Ergebnisse	104
2.1 Auswertung des Fragebogens	104
2.1.1 Einzelitems	104
2.1.2 Korrelationen und multiple Regression	107
3 Fazit und Ausblick	109
 IV Körperpsychotherapie an der Universität	 112
1 Die Körperpsychotherapie in den USA.....	112
1.1 Psychotherapie	112
1.2 Psychologie- / Psychotherapiestudium und Approbation.....	114
1.3 Akkreditierte Masterstudiengänge in Körperpsychotherapie.....	118
1.3.1 California Institute of Integral Studies (CIIS), San Francisco, Kalifornien.....	119
1.3.1.1 Persönlichkeitsentwicklung im Studium	121
1.3.1.2 Vertrauensprofessoren.....	122
1.3.1.3 Eigentherapie.....	123
1.3.1.4 Supervision	124
1.3.1.5 Aufnahmeverfahren	125
1.3.1.6 Leistungsnachweise und Benotung	128
1.3.1.7 Curriculum.....	132
1.3.1.8 Verfahrensauswahl	137
1.3.1.9 Fächerauswahl.....	139
1.3.1.10 Kulturelle Awareness	141
1.3.1.11 Spiritualität	145
1.3.2 Santa Barbara Graduate Institute (SBGI), Santa Barbara, Kalifornien.....	149
1.3.3 Naropa University, Boulder, Colorado	150
1.3.4 John F. Kennedy University (JFK), Pleasant Hill, Kalifornien.....	150

2	Entwurf eines universitären KPT Curriculums für Deutschland	152
2.1	Studieren: Gedanken zu Bedeutung und Setting.....	152
2.1.1	Das Studium als Zeit der Selbstfindung.....	152
2.1.2	Menschenbild und das Erlernen einer Haltung im Psychotherapiestudium	156
2.1.3	Lehr- und Lernformen	167
2.1.3.1	Grundformen der Lehre.....	168
2.1.3.2	Praxisbezug	171
2.1.3.3	Prüfungen	173
2.1.3.4	eLearning und Medieneinsatz	174
2.1.3.5	Verbesserung der hochschuldidaktischen Kompetenzen.....	178
2.1.3.6	Selbsterfahrung.....	179
2.2	Das Curriculum	182
2.2.1	Zulassung und Voraussetzungen	183
2.2.2	Rahmenbedingungen	185
2.2.3	Studienverlauf und -inhalt	188
2.3	Vernetzung mit anderen Universitäten.....	201
2.4	Universitäre Verortung der KPT	202
2.4.1	Körperpsychotherapie und Motologie	204
2.4.1.1	Entstehungsgeschichte und Grundlagen im Vergleich... ..	205
2.4.1.2	Psychotherapie versus Entwicklungsförderung.....	208
2.4.1.3	Die Angst der Psychomotorik vor dem Körper und der Psyche	211
3	Fazit	215
i	Originalzitate.....	219
ii	Fragebogen der Bedarfsanalyse.....	223
iii	Auswertung der Bedarfsanalyse (SPSS-Tabellen)	224
iv	Literaturverzeichnis.....	226

Einleitung

Als Sigmund Freud 1926 das Konzept einer psychoanalytischen Hochschule entwarf, schwebte ihm ein „Junktim von Heilen und Forschen“ (Freud 1999, Band XIV, 293 f.) vor, eine erkenntnistheoretisch fundierte Wissenschaft, die auch über Selbsterfahrung gelehrt wird. Die Brisanz seines Vorhabens war ihm durchaus bewusst. Seine Thesen – insbesondere zur Bedeutung von Trieben und Sexualität – sowie seine für die damalige Zeit unorthodoxen Behandlungsmethoden hatten immer wieder heftige Kontroversen geschürt und zwangen Freud zu einer lebenslangen Gratwanderung zwischen Streben nach Anerkennung der Psychoanalyse bei gleichzeitiger Bewahrung ihres Kerns.

Eine Akademisierung der Psychoanalyse um jeden Preis lehnte er ab, denn er befürchtete einen „Widerstand durch Umarmung [...], vergleichbar dem entstellenden und unvollständigen Zitieren aus größeren Texten, wodurch man den Sinn eines Textes ins Gegenteil verkehren kann“ (Ohlmeier 1989, 19). Die Psychoanalyse sollte nicht von der medizinischen Fakultät verschluckt werden, wo sie dann „ihre endgültige Ablagerung im Lehrbuch der Psychiatrie“ (Freud 1999, Band XIV, 283) fände. Der in regelmäßigen Zeitabständen wiederholte Vorwurf, „die Psychoanalyse sei keine Wissenschaft, sondern eine Angelegenheit für die Polizei“ (Ohlmeier 1989, 20) hinderte seine Kollegen nämlich nicht daran, seine Methoden zunächst abzuwerten und dann aufzugreifen: „Als ich ein junger Dozent der Neuropathologie war, eiferten die Ärzte in der leidenschaftlichsten Weise gegen die Hypnose, erklärten sie für einen Schwindel, ein Blendwerk des Teufels und einen höchst gefährlichen Eingriff. Heute haben sie die Hypnose monopolisiert, bedienen sich ihrer ungescheut als Untersuchungsmethode.“ (Freud 1999, Band XIV, 271)

Im Kampf gegen solche Partialisierungsversuche, die der Psychoanalyse ihren „Stachel“ und ihre Anstößigkeit nehmen sollten (Ohlmeier 1989, 19), gelang es ihm zeitlebens nicht, seine Vision einer psychoanalytischen Hochschule zu verwirklichen. Sein Schüler Ernest Jones erfasste die damalige Situation treffend als er sagte, dass Freuds Vision zwar ein großartiger Ausblick und

verlockend sei, „aber einstweilen habe man es mit einigen weltlichen Realitäten zu tun.“ (Gay 1989, 554)

Ähnlich ging und geht es der Körperpsychotherapie, die wesentlich auf psychoanalytischen Grundannahmen beruht (Geuter 2006a, 118). Sie musste sich über Jahrzehnte demselben Angriff der Unwissenschaftlichkeit aussetzen, konnte sich bisher nur in den USA universitär etablieren und wird zunehmend von den verbalen Therapien für deren Zwecke benutzt. Manfred Thielen von der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) spricht von einem unverschämten Etikettenschwindel: „Erst werden diese Methoden und ihre Vertreter mit aller Macht ausgegrenzt, um sich dann ihrer wertvollen Techniken und Inhalte zu bedienen.“ (Thielen 2001)¹

Dass sowohl die Psychoanalyse als auch die Körperpsychotherapie bis heute mit Abwehr und Einverleibungsversuchen konfrontiert sind zeigt, dass brisante Themen angerührt werden: Zum einen sprach Freud offen über Tabus und gesellschaftlich inakzeptable Konzepte und mutete so dem Bewusstsein die Auseinandersetzung mit verdrängten Inhalten zu. Das dadurch verursachte Unbehagen war so groß, dass viele – damals wie heute – seine Gedanken einfach nicht zu Ende denken wollten und wollen. Zum anderen forderte er einen Perspektivwechsel, indem er insistierte, die Welt vom „Seelenende“ her zu bedenken (Freud 1950, 194). „Freud glaubte, der Hauptgrund dafür, daß die verborgene Ordnung der Psyche den Psychologen entgangen war, sei der, daß so viele psychische Vorgänge, und noch dazu die bedeutsamen, unbewußt ablaufen.“ (Gay 1989, 149) Damit provozierte er Ängste vor dem Verlust der ärztlichen Expertokratie und dem Untergang der sogenannten objektiven Wissenschaft.

Obwohl die Psychoanalyse wesentlich besser etabliert ist als die Körperpsychotherapie, sind die Widerstände gegen die Akademisierungsbemühungen beider Verfahren vergleichbar, denn beide rütteln an ebendiesem

¹ Bei Zitaten, denen keine Seitenangabe beigelegt ist, handelt es sich um Transkripte von Tonaufzeichnungen aus Vorträgen und Telefonaten oder um Internetbeiträge. Die genauen Quellen sind im Literaturverzeichnis (in diesem Fall unter: Thielen 2001) aufgeführt.

Wissenschaftsverständnis. Während die Psychoanalyse mit dem Unbewussten ein unberechenbares Element an die Universität bringt, hat die Körperpsychotherapie zusätzlich den Körper als lebendigen Akteur desselben im Gepäck. Sie verlässt den vertrauten verbalen Rahmen und weckt beunruhigende Assoziationen zur Kombination von Selbsterfahrung und wissenschaftlichem Arbeiten: Werden da nicht die Seminarräume mit intensiver Körperlichkeit, spontan freigesetzten Emotionen und vielleicht sogar Erotik überschwemmt? Können kathartische Körperpsychotherapieprozesse, die tief in die Biographie des Studenten greifen, überhaupt integrierter Bestandteil eines Studiums sein?

Diese Bilder wecken selbst bei Befürwortern Unbehagen, von den Gegnern kommt der Vorwurf der Unverantwortlichkeit. Dahinter steht die unausgesprochene Annahme, dass Studenten vor intensiven, inneren Prozessen verschont bleiben, wenn sie im Studium von den Dozenten nur auf der Ebene abstrakten Wissens begleitet werden. Da hilft es auch nichts, dass in den USA – wissenschaftliches Vorbild in so vielen anderen Bereichen – seit Jahrzehnten Psychotherapieausbildungen an den Universitäten abgehalten werden. „Die Körperpsychotherapie an der Universität zu etablieren ist kein leichtes Unterfangen. Es begegnen einem viele Widerstände, bei denen oft nicht klar ist, wie sie genau motiviert sind.“ (Seewald 2009)

Ich hoffe, dass diese Arbeit dazu beiträgt, eine Diskussion zu eröffnen, die Bewusstsein in das Unbehagen bringt, denn die Lebendigkeit und Tiefe der Körperpsychotherapie kann potentiell die deutschen Universitäten sehr bereichern, auch was die Forschung betrifft. „Eine rein kognitive Therapie stimmt mit der neuesten experimentalpsychologischen Forschung nicht mehr überein. Psychotherapie, die den Anspruch erhebt, die aktuelle Forschung zu berücksichtigen, muss den Körper einbeziehen.“ (Geuter 2009a)

In der vorliegenden Arbeit werde ich in Kapitel I zunächst Gründe für eine Akademisierung der Körperpsychotherapie erörtern. Kapitel II führt in die Begrifflichkeiten, historischen Wurzeln und Verfahren der Körperpsychotherapie

ein und diskutiert ihren derzeitigen Status quo einschließlich ihrer Bedeutung für die Psychosomatik. Eine Befragung von Cheförzten psychosomatischer Kliniken versucht, den Bedarf nach einem neuen Studiengang von Seiten des Arbeitsmarktes zu ergründen. Die Ergebnisse dieser Bedarfsanalyse werden in Kapitel III vorgestellt. Der Hauptteil der Arbeit (Kapitel IV) stellt nach einer Diskussion des amerikanischen Körperpsychotherapiestudiums einen Curriculumsentwurf für einen deutschen Masterstudiengang Körperpsychotherapie vor.

Aus stilistischen Gründen wurde darauf verzichtet, jeweils die weibliche und männliche Form für Personen zu verwenden. Spreche ich von Studenten, Klienten oder Teilnehmern, dann beziehe ich mich damit gleichwertig auf Frauen. Viele englische Zitate wurden zum besseren Verständnis von mir übersetzt und werden gemäß der Reihenfolge ihres Auftretens im Anhang (Originalzitate) im Original wiedergegeben.

I Warum Körperpsychotherapie studieren?

Im Folgenden werden Impulse und Gründe erörtert, die für eine Akademisierung der KPT sprechen:

1. Aufgrund des politischen Zusammenschlusses Europas verändern sich derzeit sowohl die universitäre Ausbildung als auch die Psychotherapielandschaft und öffnen vielfältige Möglichkeiten für neue Studiengänge und randständige oder im akademischen Diskurs nicht vertretene Therapieverfahren.
2. Neue Forschungsergebnisse untermauern die zentrale Bedeutung der Psychotherapie und Körperpsychotherapie bei der Behandlung psychischer Krankheiten. Mit Hinblick auf dieses zukünftig wachsende Berufsfeld müssen die derzeitigen Ausbildungsstrukturen diskutiert und gegebenenfalls modifiziert werden.
3. Im Fachdiskurs der Körperpsychotherapie ist die Notwendigkeit ihrer wissenschaftlichen Fundierung ein aktuelles und vorrangiges Diskussionsthema.
4. In den USA existieren bereits vier akkreditierte Masterprogramme in Körperpsychotherapie, die seit über 25 Jahren akademische Körperpsychotherapeuten ausbilden, welche als niedergelassene, approbierte Psychotherapeuten arbeiten.

Zu 1.

An deutschen Hochschulen werden derzeit alte Abschlüsse zugunsten von gestaffelten, berufsqualifizierenden Abschlüssen Bachelor (B. A. und B. Sc.) und Master (M. A. und M. Sc.) ersetzt. Dadurch ist es jetzt möglich, sich nach drei Jahren Studium für weitere ein bis zwei Jahre im Masterstudium zu spezialisieren. Bei aller berechtigter Kritik am verschulten Format der neuen Studiengänge hat die Universitätslandschaft dadurch doch an Vielfalt gewonnen. Gerade im Bereich der psychotherapeutischen Ausbildung liegt im

Masterformat ein großes Potential, dessen Umsetzung sich nach derzeitigem Diskussionsstand durchsetzen wird.

Wolfgang Groeger, Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, schlug 2006 den Master als „Regelabschluss [vor], bei dem das Bachelorstudium entweder im Fach Psychologie oder in einem (sozial-)pädagogischen Fach absolviert wird und bestimmte inhaltliche Module abdecken muss, um den Zugang zu einer für alle einheitlichen Masterebene zu eröffnen. Das Masterstudium wäre in diesem Modell ein Studium der Psychotherapie an einer Universität.“ (Groeger 2006, 352) Auch in einem vom Bundesgesundheitsministerium veranlassten Forschungsgutachten zur Ausbildungssituation von Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten wurde der Master in Psychotherapie als ein möglicher Zugang zur – dann verkürzten – Therapieausbildung aufgeführt (Strauß 2009, 362).

Ein solches von Groeger vorgeschlagenes Psychotherapiestudium hätte viele positive Konsequenzen:

- Die seit langem beklagten langen Ausbildungszeiten für Psychotherapeuten verkürzten sich und die kostspielige Zusatzausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten könnte zumindest in Form einer kostenlosen Grundausbildung an die Universität verlegt werden. Eventuell würde sich die Zusatzausbildung irgendwann auch gänzlich erübrigen, wie in den USA.
- Damit fiel auch die derzeitige, absurde Regelung weg, nach der Absolventen eines Diplompсихologistudiums konsekutiv ihre eigentliche Berufsausbildung zum Psychotherapeuten beginnen und selbst finanzieren, in dieser Zusatzausbildung jedoch einen Großteil ihrer alten Studieninhalte erneut durchnehmen.
- Der Zugang zur Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten stände wie in anderen Ländern auch Bachelor-Absolventen anderer Fachrichtungen als nur der Psychologie und Medizin offen.

- Mit dem B. A. als Voraussetzung zum Masterstudium Psychotherapie – egal welcher Richtung – wäre die inhaltlich nicht erklärbare Diskrepanz bei der Zulassung von Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten und Erwachsenen-Psychotherapeuten aufgehoben.
- Es könnte sich wieder eine Vielfalt therapeutischer Ansätze an den Universitäten entwickeln, einschließlich bisher wenig beachteter Verfahren und der Psychoanalyse, die als Wissenschaft aus den Psychologieinstituten gedrängt wurde (Geuter 1999a). Dies entspräche auch der Forderung des oben genannten Forschungsgutachtens (Strauß 2009), in dem kritisiert wird, dass die Verhaltenstherapie „fast eine Monopolstellung an den Universitäten [hat], was einen enormen Wettbewerbsvorteil bezüglich der Rekrutierung des psychotherapeutischen Nachwuchses bedeutet“ (Strauß 2009, 335).

Im Rahmen der Europäisierung steht ferner eine europaweit einheitliche Regelung bei der Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren an. Die European Association of Psychotherapy (EAP) könnte sich mit ihrem Modell des European Certificate for Psychotherapy (ECP) durchsetzen, was zu einer größeren Vielfalt führen würde, sowohl was die Verfahren als auch was die grundlegenden Zugangsstudiengänge zur Psychotherapieausbildung betrifft. Zum jetzigen Zeitpunkt ist das Endergebnis der Neuorganisation unserer Psychotherapielandschaft spekulativ. Dass die Veränderung zugunsten der Psychotherapie im Allgemeinen und der Körperpsychotherapie im Besonderen ausfallen könnte, wird durch neuere Studien, die im Folgenden sowie ausführlich in Kap. II, 6.2 dargestellt werden, unterstützt.

Zu 2.

Die zentrale Bedeutung der Psychotherapie wurde durch Studien über ihren volkswirtschaftlichen Nutzen durch Einsparungen im medizinisch-somatischen Bereich bereits belegt (Frei 2004, 2005). Auch ihre Wirksamkeit gegenüber oder in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden ist nachgewiesen. Zwar beziehen sich viele dieser Studien auf behaviorale Psychotherapie (Choi-Kain/Gunderson 2008, Bateman/Fonagy 2008) und nur wenige auf

psychodynamische Methoden (Leichsenring 2004), dies hat jedoch mit der Dominanz der Verhaltenstherapie in der universitären und klinischen Forschung zu tun und zeigt keinesfalls eine Überlegenheit dieser Methode, wie Röhricht betont: „Absence of evidence does not necessarily mean evidence of absence.“ (2009, 143)

Über die Neurowissenschaften lassen sich heute biochemische Wirkmechanismen von Psychotherapie und Umwelteinflüssen nachweisen, so dass auch die Psychiatrieforschung einen Wandel des Biologismus der letzten Jahre erfährt und man ein immer genaueres Verständnis von Gen-Umwelt-Interaktionen und epigenetischen Phänomenen gewinnt.² Aus den zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen der Wirksamkeitsforschung von Psychopharmaka resultiert die Erkenntnis, dass die psychische Komponente einen wichtigen Einfluss auf die Effektivität der Medikamente hat, wenn auch die Begründungszusammenhänge noch nicht vollständig geklärt sind. Im Falle von Antidepressiva besteht laut Geuter die Vermutung, dass „nur etwa ein Viertel der Wirkung des Medikamentes auf den Wirkstoff selbst zurückgehe, drei Viertel aber auf unspezifische Faktoren. Das ist zum Beispiel die Zuwendung des Arztes oder die Tatsache, dass sich ein Patient entschieden hat, etwas für sich zu tun.“ (2009b, 43) Der Psychiater Karsten Wolf resümiert: „Medikamente, Psychotherapie und Soziotherapie müssen immer Hand in Hand gehen; die Bedeutung von Psychotherapie wächst zunehmend.“ (Wolf 2009) Dies gilt in besonderem Maße für die Körperpsychotherapie, die vor dem Hintergrund neuester Forschungen³ zukünftig eine zentrale Stellung bei der Behandlung von einem wesentlich weiteren Spektrum an psychischen Erkrankungen als bisher indiziert einnehmen könnte.

Anbetracht einer solchen Zukunftsperspektive mit einem möglicherweise wachsenden Arbeitsmarkt für Psychotherapeuten müssen derzeitige Ausbildungsstrukturen diskutiert und gegebenenfalls modifiziert werden. In diesem Sinne lohnt es sich, den Blick über die Landesgrenzen zu richten und

2 Vgl. Nestler, Eric J.(2009): Epigenetic Mechanisms in Psychiatry. In: *Biological Psychiatry*, Vol. 65, Issue 3, 189-190.

3 Vgl. hierzu Kap. II, 6.2 sowie Röhricht 2009 und Gottwald 2006.

entsprechende Konzepte – wie ein Körperpsychotherapiestudium – aufzugreifen.

Zu 3.

In ihrem 2006 erschienenen Handbuch der Körperpsychotherapie betonen Marlock und Weiss (2006d, 953 f.) ebenso wie Röhrich (2009, 150 f.), dass Forschung, Weiterentwicklung, theoretische Durchdringung und Differenzierung des Feldes sowie schulenübergreifende Diskurse unmittelbare Aufgaben der Körperpsychotherapie werden müssen. Diesen Entwicklungsschritt kann die Körperpsychotherapie meines Erachtens nur über eine Akademisierung leisten, für welche sich auch Röhrich einsetzt: „Das Feld würde sehr von der Entwicklung internationaler Studiengänge in integrierter, klinischer Körperpsychotherapie profitieren, die es Praktizierenden ermöglichen, einen Masters Degree (M.A. oder M.Sc.) zu erhalten, vergleichbar mit dem US Masters Degree in Somatic Psychology.“ (Röhrich 2009, 150, Übersetzg.)

Die derzeitige, über Privatinstitute geregelte, teure Weiterbildung steht zwar prinzipiell jedem offen, hat aber – da sie akademisch nicht verankert ist und keine Kassenzulassung ermöglicht – nicht annähernd das Gewicht der offiziellen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Ein Master in Körperpsychotherapie hingegen, der neben einem Master in Psychotherapie oder Psychoanalyse angeboten wird, wertet auf Dauer sowohl den Berufsstand als auch das Verfahren auf, was am Beispiel der USA ersichtlich ist. Denn – und darauf zielt Röhrichs Forderung – ein Heilmittel wird eher als solches anerkannt, wenn es im wissenschaftlichen Diskurs mit Publikationen vertreten ist und in universitärer Forschung aufgegriffen wird. Auch für den von ihnen geforderten schulenübergreifenden Diskurs ist die Wissenschaft der ideale Platz, denn sie hat den Anspruch, sich mit einem Gegenstand metaperspektivisch auseinanderzusetzen, während viele Ausbildungsinstitute nur ein Verfahren im Sinne einer Meisterlehre weiterreichen, das man aufgrund der marktwirtschaftlichen Situation vieler Institute gar nicht hinterfragen darf. Dennoch bleibt die Tradierung von Verfahren im Rahmen von Schulen meines Erachtens auch im Falle einer Akademisierung der KPT ein wichtiger

Bestandteil des Ausbildungsmarktes. Eine Meisterlehre wirkt auch ohne wissenschaftliche Legitimation und ein nicht unerheblicher Faktor ist die Präsenz und das Charisma des Meisters (vgl. Wolf 1993, 93-99). Die Mehrperspektivität, die Universitäten anregen, scheint mir zusätzlich wichtig. Zum einen wird dadurch überhaupt erst eine neutrale und finanzunabhängige wissenschaftliche Betrachtung des Feldes möglich, zum anderen entsteht ein neutraler Begegnungsraum, denn das Fehlen eines ständigen Forums für den wissenschaftlichen Diskurs hat mit dazu beigetragen, dass zwischen den Vertretern der Körperpsychotherapieschulen aufgrund von Ignoranz – im wörtlichen Sinne von Nichtwissen – Gräben entstanden sind. „Die Wissenschaft hat hier grundsätzlich eine zentripetale Gegenwirkung.“ (Seewald 2009)

Skeptiker mögen zu Bedenken geben, dass jede Verwissenschaftlichung ursprünglicher Meisterlehren Opfer fordert, weil man sich dem universitären Druck nach einer bestimmten Art von Wissenschaftlichkeit beugt. Am Beispiel der USA kann man jedoch eine meines Erachtens sehr gelungene Akademisierung sehen.

Zu 4.

Der lange Akademisierungsprozess der KPT in den USA hat zu derzeit vier akkreditierten Masterprogrammen in Körperpsychotherapie geführt. Seit über 25 Jahren werden akademische Körperpsychotherapeuten ausgebildet, welche als niedergelassene, approbierte Psychotherapeuten arbeiten. Den Grundstein für diese Entwicklung legte die American Dance Therapy Association (ADTA). Als es ihr gelang, die Tanztherapie als universitären Studiengang zu etablieren, war der Rahmen für einen Wissenschaftsdiskurs geschaffen, der das Verfahren aufwertete. Im Prozess fanden Diskussionen und Verknüpfungen mit anderen körperpsychotherapeutischen Schulen statt, die in bewegungspsychotherapeutischen Masterprogrammen unter dem Begriff Somatic Psychology das Angebot der Universitäten bereichern. Beflügelt durch den Wissenschaftsdiskurs ergaben sich Privilegien wie die Kassenzulassung: Die amerikanischen Absolventen eines Psychotherapie-Masters erhalten Zugang zu einer Therapielizenz und können sich als Psychotherapeuten verschiedener

Schwerpunkte (Gesprächstherapie, Dramatherapie, Tanztherapie, Körperpsychotherapie) niederlassen. Aus dieser Akademikerszene geht jährlich eine beeindruckende Zahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen hervor und die vier akkreditierten Masterstudiengänge in Körperpsychotherapie ziehen durch ihre Singulärstellung viele internationale Studenten an. Das Ergebnis dieser Akademisierung ist eine weltweit führende Stellung der amerikanischen Universitäten in der Tanz- und Körperpsychotherapie.

Für diesen Erfolg haben die Psychotherapieprogramme jedoch nicht ihre Grundhaltung aufgeben müssen. Sie übernahmen aus dem Fächerkanon der Klinischen Psychologie nur psychotherapeutisch relevante Lehren und entwickelten eigene Curricula, die den Psychotherapieverfahren als Heilkünsten durchaus gerecht werden: In dem stark selbsterfahrungsorientierten Studium wird eine ständige Verknüpfung von Theorie, Praxis und eigener Biographie gefordert. Die Studenten erleben eine wissenschaftliche Anleitung zur Fusion von gegenwärtigem und vergangenem Erleben und Fachtheorien: ein leibliches⁴ Lernen im biographischen Kontext.

Aus diesem Grund stellt sich für mich nicht mehr die Frage, ob denn Selbsterfahrung und Wissenschaft zusammenpassen, oder ob denn ein zweijähriger Masterstudiengang überhaupt gute Psychotherapeuten hervorbringen kann. Dieser Beweis wird bereits in anderen Ländern erbracht. Körperpsychotherapie und andere psychotherapeutische Verfahren zu studieren ist ein neues Konzept für Deutschland, nicht aber für die USA, die im Fokus dieser Betrachtung stehen soll. Deshalb stellt sich mir in der vorliegenden Arbeit nur die Frage, wie ein solcher Studiengang in die universitäre und psychotherapeutische Landschaft Deutschlands integriert werden kann.

4 Der Leibbegriff wird im folgenden Kapitel näher erörtert.

II Die Körperpsychotherapie

Die Körperpsychotherapie (KPT)⁵ steht für ein weites und vielfältiges Spektrum an Verfahren, das auf unterschiedliche historische Strömungen zurückgeht und Überschneidungen zu anderen Therapiefeldern aufweist. Das vorliegende Kapitel soll einen Einblick in dieses Spektrum geben, sowie Begrifflichkeiten, geschichtliche Entwicklung und den derzeitigen Status quo der Körperpsychotherapie vor dem Hintergrund erörtern, inwieweit Aspekte der Betrachtung Relevanz für eine Akademisierung der Körperpsychotherapie und für die inhaltliche Gestaltung eines entsprechenden Studienganges besitzen.

1 Begriffsbestimmung

Sieht man sich auf dem internationalen Markt der körper- und bewegungsorientierten Therapien um, findet man außer der Bezeichnung Körperpsychotherapie eine Begriffsvielfalt, deren klare Abgrenzung voneinander selbst den Fachdiskurs zu überfordern scheint: Körpertherapie, Bodywork, Körperarbeit, Bewegungstherapie, Bewegungspsychotherapie, Somatotherapy, Somatic Psychotherapy, Somatic Psychology, Body Psychotherapy und körperorientierte oder körperzentrierte Psychotherapie. Ebenso uneindeutig verwendete Begriffe in diesem Zusammenhang sind Leib und Körper beziehungsweise Soma und Body.

Ulfried Geuter verortet in einer ersten groben Kartierung die **Körperpsychotherapie** in der Schnittmenge zwischen Psychotherapie und Körpertherapie: Die **Psychotherapie** ist die Behandlung des Menschen mit seelischen Mitteln, die **Körpertherapie** behandelt mit Mitteln des Körpers und die Körperpsychotherapie integriert sowohl Körper als auch Seele in ihr Behandlungskonzept (Geuter 2000b, 1176). „In einer Körperpsychotherapie wird nicht nur gesprochen. Der Patient kann sich auch bewegen, körperlich

⁵ Im Verlauf der Arbeit wird häufig anstelle Körperpsychotherapie die Abkürzung KPT verwendet werden.

darstellen, was er träumte, sich an seinem Therapeuten festhalten, oder einfach liegen und den eigenen Atem spüren.“ (Geuter 1999b)

Der Begriff der **Körpertherapie** ist identisch mit **Bodywork** oder **Körperarbeit** (Painter 2006, 906). Im Rahmen der Körpertherapie werden entweder strukturelle Veränderungen am Körper vorgenommen (Craniosacrale Therapie) oder der Klient soll lernen, sich autosuggestiv zu entspannen (Alexander Technik) oder funktionelle Bewegungen zu beherrschen (Feldenkrais). Im Rahmen meiner Arbeit ist die Körpertherapie nicht von Bedeutung, da sie kein psychotherapeutisches Ziel verfolgt. Sie leistet keine konfliktorientierte, aufdeckende Arbeit und es fehlt ihr der Aspekt der Erfahrung, der zentral ist für die Körperpsychotherapie. Das einzige Verfahren, das an der Grenze von Körpertherapie zur Körperpsychotherapie liegt, ist das Rolfing. Es bringt durch die intensive Mobilisierung der Muskelfaszien zweifelsfrei starke Emotionen hervor, aber Ida Rolf lehnte eine gezielte Beschäftigung mit der psychischen Seite ihrer Arbeit ab (Painter 2006, 910). Diese fehlende konzeptionelle Einbindung und praktische Einbeziehung der Psyche grenzt auch Verfahren wie Feldenkrais, Alexander Technik, Sensory Awareness, Massagearbeit, Craniosacrale Therapie, Rebalancing und die Heller Arbeit von den Körperpsychotherapien ab (ebd. 2006). „Körperpsychotherapeutische Methoden beinhalten im Unterschied zu den Körpertherapien immer auch Theorien und Techniken der Arbeit mit dem Psychischen.“ (Geuter 2000b, 1176) Eine ähnliche Zuordnung der Verfahren findet sich bei Hölter, der Verfahren der KPT, der Körpertherapie und der Physiotherapie⁶ auf einem Spektrum näher bzw. weiter entfernt von der Psychotherapie ansiedelt (Hölter 1993, 13).

Bewegungstherapie und **Bewegungspsychotherapie** lassen sich ähnlich voneinander abgrenzen wie Körpertherapie und Körperpsychotherapie, nämlich über den Grad der Einbeziehung psychischer Aspekte in die Körperarbeit. „Der Begriff der Bewegungspsychotherapie eignet sich immer dann, wenn es darum

⁶ Hierzu gehören die medizinisch indizierten Verfahren, die auf rein körperlicher Wiederherstellung bedacht sind: Krankengymnastik, Massage und Hydrotherapie.

geht deutlich zu machen, dass Bewegungstherapie über die Funktionsebene hinausgeht.“ (Alexandridis 2005, 64) Eine klare Abgrenzung zwischen Bewegungspsychotherapie und Körperpsychotherapie ist nicht möglich, da sich ja auch in den Körperpsychotherapien der Körper bewegt und beide Therapiefelder sich auf dieselben Konzepte berufen und auch vergleichbare Methoden verwenden (Caldwell 2006, 437). Die Tanztherapie ist zweifelsfrei eine Bewegungspsychotherapie, ebenso wie die Konzentrative Bewegungstherapie und die Integrative Bewegungstherapie (vgl. Alexandridis 2005). Laut Hölter (1993) ist auch die Mototherapie eine Bewegungstherapie, obwohl diese aufgrund ihrer theoretischen und praktischen Einbeziehung der Psyche (vgl. Geuter 2000b, 1176) genaugenommen zu den Bewegungspsychotherapien zählt.

Die **Bewegungstherapie** ist als Oberbegriff „weiter gefasst als Bewegungspsychotherapie und macht keinen kategorischen Unterschied zwischen pädagogischer, pädagogisch-therapeutischer oder therapeutischer Intervention“ (Alexandridis 2005, 64). Der Übergang zu Sport- und Spieltherapien ist damit fließend. Zu den Bewegungstherapien, die recht nah an der Körperpsychotherapie liegen, jedoch keine explizit psychotherapeutische Ausrichtung aufweisen, gehören beispielsweise die ostasiatischen Bewegungsmeditationen wie Tai-Chi, Chi Gong oder Yoga (Caldwell 2006, 437).

Die Begriffe **Somatotherapy** oder **Somatic Psychotherapy** und **Body Psychotherapy** werden im angloamerikanischen Raum synonym für die Körperpsychotherapien – mit unklarer Abgrenzung zu den Körpertherapien – verwandt (Marlock/Weiss 2006a, 12, Loew/Tritt 2006, 627, Caldwell 2006, 430). Die amerikanischen Autoren haben sich auch nie um eine Begriffsklärung bemüht, wie sich in ihren Veröffentlichungen zeigt (Conger 1994, Johnson/Grand 1998, Staunton 2002). Dadurch haben Universitäten mit KPT-Programmen die Freiheit, neben den klassischen KPT-Verfahren sowohl körperorientierte Psychotherapieverfahren als auch ostasiatische Bewegungsmeditationen in einem breit gefächerten Curriculum zu vereinen,

das eher an therapeutischer Wirksamkeit als an kategorialen Zugehörigkeiten interessiert ist. Der Begriff **Somatic Psychology** dient ihnen als Oberbegriff für diese Studiengänge, in denen Schwerpunkte wie Body Psychotherapy oder Dance- / Movement therapy angeboten werden (siehe Kap. IV, 1).

Die Begriffe **Leib** und **Körper**, die so nur in der deutschen Sprache existieren, werden im Alltag oft synonym verwendet. Doch in der Philosophie wurden sie im Versuch, das dualistische Denken Descartes zu überkommen, insbesondere von Plessner und Merleau-Ponty ausgiebig diskutiert: Im Sinne Plessners lässt sich das „Körper sein“ vom „Körper haben“ abgrenzen (vgl. Plessner 1975). Das Körper-Sein beschreibt die Innenperspektive und entspräche der Leiblichkeit. Das Körper-Haben beschreibt die Außenperspektive auf den Körper als Objekt. Während jedoch Plessner den Wunsch nach Ganzheitlichkeit des Menschen für unerfüllbar hält, ist für Merleau-Ponty eine Rückkehr zur Ungeteiltheit des Leibes aufgrund seines präreflexiven Wissens möglich, und zwar über das Erleben: „Die Verschränkung von Leib und Körper ist bei Merleau-Ponty eine existenzielle, die an das menschliche Zur-Welt-sein gebunden ist“ (Seewald 1996b, 32). Der Leib hat für Merleau-Ponty eine sinnkreative und beziehungsstiftende Funktion. Ihm wohnen Selbsterfahrung und die gelebte Biographie inne, womit er die „Verankerung des Menschen in der Welt“ (Merleau-Ponty 1966, 174) ermöglicht.

Im angloamerikanischen Sprachraum gab es den Leibbegriff ursprünglich nicht. Neuerdings wird häufig der Begriff **Soma** im Sinne des Leibs alternativ zu **Body** (Körper) eingesetzt: Analog der Leib / Körper – Definition bezeichnet demnach *the human body* die Außenperspektive auf den Körper, *the human soma* bezieht sich auf die Innenperspektive, das Eigenerleben des Körpers (Hanna 1995, 341).

Die Begriffe **körperorientierte** oder **körperzentrierte Psychotherapie** und Körperpsychotherapie werden in den USA wie auch in Deutschland nicht klar voneinander getrennt. Downing benutzt Körperpsychotherapie einfach als Kurzform für körperorientierte Psychotherapie (2001, 16), andere

Körperpsychotherapeuten sehen jedoch einen Unterschied. Bei dem im Fachdiskurs herrschenden Streit um die Zuordnung der Therapieverfahren geht es in dieser Schnittmenge hauptsächlich um die Verfahren der Humanistischen Psychologie. In den inzwischen eventuell veralteten Kategorisierungen von Strotzka (1978) und Toman (1978, 149-153) werden körperorientierte humanistische Verfahren wie die Gestalttherapie, das Psychodrama, die Primärtherapie und der Encounter noch eindeutig der Psychotherapie zugeordnet. Dem widersprechen jedoch viele Körperpsychotherapeuten: Marlock beheimatet die Gestalttherapie in der Gindlertradition und stellt sie unter den Oberbegriff der Körperpsychotherapie (2006c, 400 und 2006a, 74). Er sieht auch die Primärtherapie in der körperpsychotherapeutischen Tradition (2006a, 67). Courtenay Young zählt ebenfalls die Primärtherapie Arthur Janovs und auch das Holotrope Atmen nach Stanislaw Grof zur Körperpsychotherapie (2009). Röhricht (2000, 16) ordnet das Psychodrama und die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (IBT) den KPT-Verfahren zu, allerdings im Gegensatz zu Petzold (2002, 2 ff.), der seine IBT als körperorientierte Psychotherapie bezeichnet.

Marlock und Weiss stellen die Gemeinsamkeiten von KPT und körperorientierter Psychotherapie heraus, indem sie von psychotherapeutischen Grundmodalitäten sprechen, die sich stark auf den Körper, seine Bewegungen und seine emotionale Expressivität beziehen. Diese seien nicht nur den Körperpsychotherapien zu Eigen, sondern fänden sich ebenso in körperzentrierten Psychotherapieverfahren (2006c, 883).

Letztlich ist es ein schwer zu bestimmendes Figur-Grund-Verhältnis, das die beiden Richtungen unterscheidet: Die KPT setzt vordergründig am Körper an und lässt ihn vor dem Hintergrund der Psyche seine Geschichte erzählen. Die körperorientierte PT stellt dahingegen psychische Themen in den Vordergrund, die dann unter Zuhilfenahme des Körpers bearbeitet werden.⁷ Bei der

7 Def.: „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation). Sie kann mittels lehrbarer verbaler oder averbaler Techniken beim Patienten Veränderungen [...] bewirken.“ (Ebert 2008, 334)

praktischen Umsetzung in einen therapeutischen Prozess lässt sich diese Unterscheidung jedoch nicht aufrechterhalten, wie Dürckheim treffend formulierte:

„Hat man aber verstanden, daß Physis und Psyche nur zwei Seiten sind, in der Weise, in denen sich das Subjekt immer zugleich innert und äußert, so weiß man, daß man wo immer man am Inneren ansetzt, den Leib mitverändert, und, wo immer man den Leib verändert, zugleich eine innere Veränderung herbeiführt.“ (Dürckheim 1977, 38)

2 Berührungspunkte und Abgrenzung von anderen Psychotherapiefeldern

Die Körperpsychotherapie ist angesichts des weiten und heterogenen Feldes von Verfahren und Methoden nicht klar von anderen Formen der Psychotherapie abgrenzbar. „Das liegt zum einen an ihrer Geschichte, die eng mit der Tiefenpsychologie und der Humanistischen Psychologie und deren verschiedenen Ansätzen verbunden ist. Zum anderen bemühen sich heute viele Richtungen, von der Psychoanalyse über die Familientherapie und andere systemische Ansätze bis hin zur Verhaltenstherapie, den Körper neu, anders oder expliziter in die therapeutische Arbeit einzubeziehen.“ (Marlock/Weiss 2006c, 883) Gerade diese aufkommende interdisziplinäre Bewegung zwischen den Psychotherapierichtungen schafft immer mehr Berührungspunkte: „Die Verhaltenstherapie bewegt sich in Richtung auf die Emotionen und das Unbewusste, die Psychoanalyse hin zu Körper und Dialog, und die Gestalt- und Körperpsychotherapeuten besinnen sich deutlicher ihrer psychoanalytischen Wurzeln.“ (Marlock/Weiss 2006b, 89) In Hunter Beaumonts Worten: „Alle Schulen drehen sich um einen einzigen Mittelpunkt – den Menschen. Und wenn wir uns um den Mittelpunkt drehen und ihm näherkommen, kommen wir auch näher zueinander.“ (Beaumont 1986, 33)

Bei einer Betrachtung der fünf großen Psychotherapierichtungen ergibt sich folgendes Bild:

Der **Psychoanalyse** wurde die Diskussion um die Einbeziehung des Körpers schon in die Wiege gelegt. Dementsprechend großen Einfluss hatte sie auf die KPT. Aufgrund Freuds eiserner Verteidigung der Abstinenzregel lässt sich jedoch die klassische Psychoanalyse klar von der KPT abgrenzen. Es entwickelten sich von der Psychoanalyse getrennte körperpsychotherapeutische Schulen analytischer Ausrichtung, wie die analytische Körperpsychotherapie und die neoreichianischen Verfahren.

Bei der **Verhaltenstherapie** lässt sich eine klare, konzeptionelle Grenze zur Körperpsychotherapie finden. Obwohl die Verhaltenstherapie in jüngster Zeit immer mehr körperpsychotherapeutische Elemente aufgreift, so verwendet sie diese doch nach wie vor gemäß ihres ganz eigenen Menschenbildes, in dem Verhaltensänderung und Lernen im Zentrum steht, nicht aber das Verstehen dessen, was sich vom Unbewussten zeigen will. Dementsprechend wird der Körper als Mittel zum Zweck der kognitiven und behavioristischen Manipulation funktionalisiert, mit Hilfe von Emotionsexpression, dialektisch-behavioraler Therapie, Imaginativen Verfahren und Rollenspielen (Sulz 2006, 917 f.). Geuter befindet zwar, dass ja auch einige KPT-Verfahren darauf zielen, „neue emotionale Lernerfahrungen spürend und handelnd zu erschließen“ (Geuter 2006a, 118) und dass sich die KPT von daher in ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen integrieren ließe, ich sehe hier jedoch die grundsätzliche Schwierigkeit, dass das tiefenpsychologische Fundament der Körperpsychotherapie völlig außer Acht gelassen wird.

Die **Systemischen Therapien** besitzen auf den ersten Blick keine nennenswerten Berührungspunkte zur KPT. Ihr zentraler Fokus liegt auf dem Gefüge, in dem ein Mensch lebt. Sie betrachten den Raum zwischen Individuen und ihre Interventionen zielen hauptsächlich auf die Dynamik jenseits der Körpergrenze. Es wurden jedoch bereits von beiden Seiten Brücken gebaut (vgl. Balgo 1998, 2003), wodurch erste körperzentrierte systemische Ansätze wie die Psychomotorische Familienhilfe (vgl. Richter 2006) und die Systemische KPT (vgl. Ploetz 1999) entstanden. Bisher haben sich noch keine nennenswerten Schulen gebildet, aber die Kombination der systemischen Sichtweise und der tiefenpsychologischen KPT erscheint mir prinzipiell möglich.

Die Überschneidungen zwischen **Humanistischer Psychotherapie** und Körperpsychotherapie sind im Vergleich zu den anderen Psychotherapiefeldern am größten. Während die rein verbalen humanistischen Verfahren (Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers, TZI nach Roth Cohn, Transaktionsanalyse nach Eric Berne) klar den Psychotherapien zuzuordnen sind, können – wie schon erörtert – die **körperzentrierten Psychotherapien**

wie die Gestalttherapie, die Atemtherapien, das Psychodrama, die Primärtherapie, die Integrative Leib- und Bewegungstherapie und der Encounter nicht eindeutig von der Körperpsychotherapie getrennt werden. All diese Verfahren entstanden aus einem gemeinsamen Zeitgeist, der Erlebnisaktivierung, Authentizität, Körperlichkeit und Affektausdruck ins Zentrum der Psychotherapien stellte, und der auch die klassischen KPT Verfahren stark beeinflusste (Eberwein 2009, 845 f.). Manfred Thielen von der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) plant sogar, die große Schnittmenge von KPT und Humanistischer Psychotherapie in berufspolitischer Hinsicht zu nutzen, indem er um die Anerkennung der KPT nicht als fünfte Säule neben den etablierten Verfahren kämpft, sondern vielmehr um eine Integration der KPT in die humanistische (vierte) Säule (Thielen 2009).

3 Ursprünge und Entwicklung

Die Körperpsychotherapie geht auf drei Hauptquellen zurück, die in diesem Kapitel ausführlich dargestellt werden sollen. Ihre Betrachtung verdeutlicht die unterschiedlichen Körperbilder und Herangehensweisen an den Körper, die sich wiederum in den aus ihnen entstandenen Verfahren zeigen.

Erste Ansätze der KPT entwickelten sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus der **Psychoanalyse**, andere entstanden zunächst parallel und später wechselseitig beeinflussend aus der **Lebensreformbewegung in Gymnastik und Tanz** (Geuter 2006b, 17). In den 60er und 70er Jahren erhielt die Körperpsychotherapie dann im Rahmen der **Human Potential Movement** einen weiteren großen Anstoß zur Entwicklung (ebd. 23).

3.1 Psychoanalyse

Der Begründer der Psychoanalyse, der Wiener Nervenarzt Sigmund Freud (1856-1939), war nicht der erste, der sich mit den Geheimnissen der menschlichen Psyche und ihren Störungsbildern beschäftigte, aber er prägt den westlichen Kulturkreis mit seinem Beitrag bis heute. Freud legte die Geburtsstunde der Psychoanalyse in den Beginn des 20. Jahrhunderts. Sie war damals „zugleich psychotherapeutische Methode, Kulturtheorie und philosophisch-anthropologisches Menschenbild“ (Ernst/Nuber 1992, 8). Das faszinierende Kernstück der Freud'schen Lehre ist die Einsicht, dass Verstand und Vernunft keineswegs unser Handeln und Denken bestimmen.

Im Blick auf die Körperpsychotherapien liegt in der Psychoanalyse der Grundstein einer Verknüpfung von Leib und Seele, körperlicher und seelischer Gesundheit, die zum damaligen Zeitpunkt im mitteleuropäischen Raum nicht mehr existierte. Die Neurologen um Freud, die sich Ende des 19. Jahrhunderts mit der damals auffälligsten psychischen Störung, der Hysterie, konfrontiert sahen, lebten in einer Welt chemisch-physikalischer und pathologisch-anatomischer Tatsachen. Freud im Rückblick: „Mit dem psychischen Moment

wußten sie nichts anzufangen, sie konnten es nicht erfassen, überließen es den Philosophen, Mystikern und – Kurpfuschern und hielten es auch für unwissenschaftlich sich mit ihm abzugeben.“ (Freud 1999, Band XIII, 406)

Inspiziert durch Jean Martin Charcot und unterstützt von dem Arzt Josef Breuer, der 1881 mit Hilfe der Hypnose beachtliche Heilungserfolge bei einem hysterisch erkrankten jungen Mädchen erzielen konnte,⁸ begann Freud seine Arbeit an Körper und Seele seiner Patienten. Er führte bei seinen hysterischen Patientinnen Ganzkörpermassagen durch (Freud 1999, Band I, 99-251) und legte ihnen die Hand auf die Stirn, um Assoziationen zu wecken. Georg Groddeck, der in enger Verbindung zu Freud stand und ebenfalls tiefe Bindegewebssmassagen gab, sah bereits die Untrennbarkeit von Körper, Geist und Seele und sprach von einer „Gegenmobilisierung“ und „Atemreduktion“ des Menschen, um unerwünschte Impulse zu verdrängen (Geuter 2000a, 54 f.). Er betrachtete Krankheit als eine Art Kommunikation und gilt damit als Entdecker der Psychosomatik und einer der ersten Körperpsychotherapeuten. Freud beschrieb diesen Prozess am Beispiel der Hysterie: „[Der Affekt] gehe dann im Falle der Hysterie in ungewöhnliche Körperinnervation über (Konversion), könne aber durch Auffrischung des Erlebnisses in der Hypnose anders gelenkt und erledigt werden (Abreagieren).“ (Freud 1999, Band XIII, 409) Diese „kathartische Methode“ zur „Befreiung des eingeklemmten Affekts“ (ebd. 409) wurde zwar später von Freud zugunsten eines kognitiven Erinnerns und rein verbalen „Durcharbeitens“ verworfen, aber von seinem Schüler Wilhelm Reich (1897-1957) aufgegriffen und weiterentwickelt. Statt der Deutung unbewusster Konflikte stellte Reich die Analyse der Widerstände in den Mittelpunkt (Geuter 2006 b, 18). In seinem Fokus auf dem Körper wies er auch als erster darauf hin, dass die Art und Weise, wie ein Patient etwas sagt ebenso wichtig ist wie das Was und Warum, also Inhalt und Intention des Gesagten (Marlock 2006a, 73).

8 Im berühmten Fall der „Anna O.“ verschwindet durch ein zufälliges, unprovokiertes Aussprechen der pathogenen Bedingungen unter Hypnose eine bereits lang bestehende Störung (Hydrophobie). Die Patientin erzählt daraufhin sämtliche Anlässe, bei denen ein bestimmtes Symptom aufgetreten war, woraufhin ihre Lähmungen, Sehstörungen, Husten, Störungen der Ess- und Trinkfunktion und Sprachstörungen nach und nach verschwinden (vgl. Breuer/Freud 1997).

Die große Rolle, die Freud den Sexualtrieben zuschrieb, führte dazu, dass ihn Schüler wie der Psychiater Carl Gustav Jung und der Arzt Alfred Adler verließen und eigene Schulen gründeten. Sein Schüler Wilhelm Reich fand, dass Freud noch zu vorsichtig und bürgerlich mit dem Thema umging (Ernst/Nuber 1992, 10). Er hielt an Freuds früherer Sicht fest, dass unterdrückte Sexualenergie die energetische Quelle der Neurose sei (Geuter 2006b, 20). „Die Neurose jeder Art baut sich auf dem Konflikt zwischen verdrängten Triebansprüchen, unter denen die frühkindlichen sexuellen nie vermisst werden, und den sie abwehrenden Kräften des Ichs auf.“ (Reich 1970, 23)

In ihrer Behandlung konzentrieren sich die aus der Psychoanalyse hervorgegangenen affektintensivierenden Körperpsychotherapien folgerichtig auf die Manifestation dieser Verdrängung im Körper (Affektabwehr), wobei der körperlichen Wiederbelebung der Kindheitstraumen (Affektintensivierung und Katharsis) in den neoreichianischen Verfahren eine zentrale Rolle zukommt.

Es kam zum Bruch zwischen Analyse und den ersten Ansätzen der KPT, als Freud postulierte, dass er jedes Ausagieren ablehnt, das nicht der Erinnerung und Bearbeitung dient, sondern eine reine Wiederholung darstellt, derer der Patient sich nicht einmal bewusst ist: „[Der Arzt] richtet sich auf einen ständigen Kampf mit dem Patienten ein, um alle Impulse auf psychischem Gebiet zurückzuhalten, welche dieser aufs Motorische lenken möchte, und feiert es als einen Triumph der Kur, wenn es gelingt, etwas durch eine Erinnerungsarbeit zu erledigen, was der Patient durch eine Aktion abführen möchte.“ (Freud 1999, Band X, 133) Das Agieren wurde zum einen als Ausdruck eines Widerstandes erkannt, an der Krankengeschichte von Anna O. wird aber auch deutlich, dass mit der Einbeziehung des Körpers in die Behandlung sexuelle Fantasien den Wunsch nach realer Befriedigung sowohl für Patient als auch Therapeut verstärkten. Das daraufhin eingeführte Abstinenzprinzip wurde zunächst als Schutz vor allem für den Therapeuten eingeführt (Becker 2006, 765).⁹ Ferenczi,

⁹ Boadella vermutet, dass Freud sich von den Übertragungsreaktionen seiner Patienten und von dem hohen Energieniveau der emotionalen Prozesse, die er mit seiner Berührung und Atemarbeit auslöste, überwältigt fühlte (2006, 213). Stern bemerkt jedoch dazu, dass Freuds abstinente Haltung angesichts des hysterischen Störungsbildes vollkommen angemessen

Reich und auch Freuds Tochter Anna Freud maßen dem Potential der Körperarbeit jedoch größere Bedeutung bei als seiner Gefahr, indem sie feststellten, dass „Handeln und Körperausdruck ein Agieren im Dienste des Erinnerns und der emotional korrigierenden Erfahrung sein können“ (Becker 2006, 766). Alexander Lowen und Ruth Cohn benennen diese Grundannahme der KPT, wenn sie sagen:

„Denn es ist falsch zu glauben, daß man tiefe emotionale Probleme allein durch gezieltes Nachdenken lösen kann.“ (Lowen 1991, 202)

„Nicht jedes Agieren – sich bewegen und handeln – das psychoanalytisch als 'Aus-Agieren' bezeichnet wird ist eine Flucht vor Einsicht. Vielmehr ist Einsicht nie frei von 'Emotion' im Sinne von 'emovere' 'herausbewegen', 'heraustreiben' und Bewegung und Handlung stehen tatsächlich oft am Anfang des therapeutischen Prozesses.“ (Farau/Cohn 1984, 317)

Cohn resümiert: „Auch Freud löste die Antinomie von Körper und Seele nicht. Die Libido-Theorie verband, die Couch trennte sie.“ (Farau/Cohn 1984, 248)¹⁰

Wilhelm Reich führte Freuds sexual-ökonomische Theorie der aufgestauten Emotionen im Körper konsequent weiter und bezog den Körper aktiv in die Behandlung ein. Er suchte nach neuen Behandlungswegen, um im Hier und Jetzt und an der blockierten Energie¹¹ im Körper zu arbeiten, die er zunächst in Anlehnung an Freud Libidostauung nannte. „Während Freud über die Erinnerung zum ursprünglichen Affekt vordringen wollte, ging Reich den umgekehrten Weg über die Lockerung der körperlichen Abwehr zum Affekt und

gewesen sei (Geuter 1999b). Stepansky (2008, IX f.) ergänzt, dass das Abstinenzprinzip auch im zeitgeschichtlichen Kontext gesehen werden muss, indem die Analyse sich mit ihrer Körperabstinenz von den bis dato praktizierten somatischen Behandlungsmethoden der Psychiatrien, die mittelalterlich und grausam waren (Defokalisation, Insulin-Koma-Therapie, Elektroschocktherapie und Präfrontale Lobotomie), abgrenzen wollte.

¹⁰ Bei genauer Betrachtung ist die Behauptung, dass die Psychoanalyse den Körper vernachlässigen würde nicht zutreffend (Heisterkamp 2006, 282). Obwohl die klassische Psychoanalyse den Körper nicht aktiv in die Behandlung einbezieht, ist sie sich der Bedeutung des Körpers im therapeutischen Prozess durchaus bewusst und nutzt diese auch. Das Liegen auf der Couch ist eine gezielte Lageveränderung des Körpers, um regressive Prozesse zu fördern. Auch die Abwesenheit des Analytikers aus dem Blickfeld entstand zwar zunächst durch Freuds Bedürfnis, nicht den ganzen Tag angestarrt zu werden, entpuppte sich aber als wirkungsvolles Instrument, um den Patienten mit seinen Gedanken und Prozessen allein zu lassen. So können Kindheitserinnerungen des Alleinseins geweckt werden und es wird gleichzeitig gefordert, diese eigenverantwortlich durchzuarbeiten (vgl. Brocher 1984).

¹¹ Reich versteht unter Energie die libidinöse Energie. In den neoreichianischen Schulen wird Energie weniger sexuell und mehr im jungianischen Sinne als Lebensenergie gesehen. Die Lebensenergie wurde von Reich damals als Orgon bezeichnet (Geuter 2000a, 54).

so zur Erinnerung.“ (Geuter 2006b, 18) Er lernte unter anderem von dem Analytiker Sandor Ferenczi, der damals schon Körperbewegung und Berührung in die psychoanalytische Arbeit mit Patienten integrierte und auch den Therapeuten als Objekt zum Anlehnen und Weinen befürwortete. Zum einen nahm Ferenczi mit seiner Forderung nach einer „warmherzigen Präsenz“ des Therapeuten die therapeutische Grundhaltung Carl Rogers vorweg.¹² (Geuter 2000a, 56) Zum anderen postulierte er – anders als Freud –, dass nicht dem Erinnern, sondern dem Wiederholen die Hauptaufgabe in der Analyse zukäme und unterstrich damit den Aspekt der Erlebnisaktivierung in der Therapie.

Als Reich sich auf die im Körper manifestierten Widerstandsphänomene konzentrierte, die sich in der Übertragung als Zweifel, Misstrauen und Feindseligkeit gegenüber dem Analytiker zeigen (Büntig 2006a, 46), fand er charaktertypische Reaktionen der Patienten, welche die Grundlage seiner Charakteranalyse bilden. Das Konzept der Charakteranalyse zeigt auf, wie der menschliche Körper Atem und Muskulatur dazu verwenden kann, starke Wunschimpulse abzuwehren und die Intensität von Gefühlen und Empfindungen zu mindern oder sie zu verdrängen. Das individuelle Produkt dieses Vorganges nannte er Charakterpanzer, später Muskelpanzer. In ihm sah Reich den „Ausdruck einer erstarrten Lebensgeschichte“ (Boadella 1981, 45). „Charakter bedeutet ‚das Geprägte‘. Wie wir an der Gestalt und den Jahresringen des Baumes erkennen, welche Zeiten der Dürre und Fülle er durchgemacht und in welcher Umgebung er zu seiner Form gefunden hat, so können wir in der inneren und äußeren Haltung eines Menschen Spuren des Lebens finden, das ihn geprägt hat.“ (Büntig 1993, 78)

Während dieser Panzer Schutz vor den seinerzeit aufgewühlten Emotionen bietet, blockiert er auch intensive Gefühle der Gegenwart. „Je massiver die Schichtungen des Charakterpanzers, desto geringer die Fähigkeit des

12 Wäre nicht der Ausschluss von Ferenczi aus der Psychoanalytischen Vereinigung gekommen, hätte sich laut Geuter (2006b, 26) hier bereits eine Linie der Körperpsychotherapie entwickeln können, die einem Modell des dialogischen Körpers folgt. Diese Richtung wurde erst durch Heisterkamp, der sowohl von Alfred Adler als auch Reich beeinflusst wurde (Langfeld/Rellensmann 2006, 83), als analytische Körperpsychotherapie wieder im deutschsprachigen Raum eingeführt.

Patienten zu ungehemmtem und spontanem Verhalten.“ (Boadella 1981, 45)

Wolf Büntig beschreibt das Entstehen des Muskelpanzers:

„Wenn in der frühen Kindheit die Emotionen, mit denen wir unsere Bedürfnisse kundtun und auf Befriedigung oder Frustration reagieren, überhört oder gar geächtet werden, lernen wir sie zu unterdrücken, indem wir die Luft anhalten, die Zähne zusammenbeißen, den Bauch hart machen, die Knie durchdrücken und so weiter. Dieser Panzer aus körperlichen Verspannungen, mit dem wir uns in unserer Kindheit vor Ablehnung, Verlassenheit, Demütigung, Zwang, Gewalt, Missachtung schützen gelernt haben und den wir – zunächst vorsichtshalber, bald jedoch unbewusst und reflexartig – täglich neu anlegen, bestimmt unseren Charakter. [...] Der Volksmund kennt natürlich diese Zusammenhänge zwischen Körperhaltung und seelischer Eigenart. Er charakterisiert Menschen als verbissen, hochnäsiger, halsstarrig, hartnäckig, engherzig, locker, aufgeblasen, verklemmt, bedrückt, verdreht, lahmarschig und so weiter.“ (Büntig 1993, S.79)

Reich stellte sich den Charakteraufbau als ein System von drei übereinanderliegenden Schichten vor: Die obere Schicht sei die soziale Maske eines Menschen, in der sich der Charaktertyp sichtbar äußere, darunter läge eine Schicht „gefährlicher, grotesker und irrationaler Impulse und Phantasien, die alpträumhafte Welt des Freudschen Unterbewusstseins.“ (Boadella 1981, 47) Die unterste, primäre Schicht, die es freizulegen gelte, beherberge spontane und aufrichtige Impulse. Diese Schicht sei so gesund, wie die darüberliegenden Schichten emotional krank seien. Dabei adressierte Reich auch kritisch die Umstände der Neurotisierung, indem er befand, „daß die Charakterbildung das Ergebnis einer Kollision der natürlichen Impulse des Kindes mit den ihm von einer restriktiven Erziehung aufgezwungenen Frustrationen ist.“ (Boadella 1981, 51) „Neurose ist ein Bruch in den Bedingungen der Reifung und eine Verletzung der Grundrechte. Die Charakterabwehr ist eine verzweifelte Maßnahme, die darauf abzielt, diese Rechte mit Hilfe verschiedener Mittel wiederzuerlangen, um so das Überleben zu sichern und so das Wachstum fortsetzen zu können.“ (Boadella 1996, 43). Das Modell der Freilegung der ersten Natur durch die Fassaden und Neurosen eines Menschen hindurch sowie das Konzept einer neurotisierenden Sozialisation prägte maßgeblich nicht nur die neo-reichianischen Verfahren, sondern auch die Humanistische Psychologie.

Die neoreichianischen Verfahren sind heute in einer der vier großen körperpsychotherapeutischen Strömungen – der affekt- und energieorientierten Strömung – zusammengefasst. Zu ihr zählen die Bioenergetik, die Reichs Schüler Alexander Lowen mit Hilfe seines Kollegen John Pierrakos entwickelte (Lowen 1988, 27), ferner die Biosynthese (David Boadella), die Biodynamik (Gerda Boyesen) und Core Energetics (John Pierrakos). Reichs Ansatz der Energetisierung und Affektmobilisierung findet man auch in der Integrativen Body Psychotherapy (J. L. Rosenberg), im Hakomi (Ron Kurtz) und in der Formativen Psychotherapie (S. Keleman), um nur einige zu nennen.¹³ Der später entstandene Zweig der analytischen Körperpsychotherapie wird vor allem durch Heisterkamp und Moser (Geißler/Heisterkamp 2007, Moser 1998, 2001) vertreten.

3.2 Lebensreformbewegung in Gymnastik und Tanz

Ebenfalls zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstand eine weitere Strömung der Körperpsychotherapie, als eine „avantgardistische Sammelbewegung“ (Marlock/Weiss 2006a, 7) ein neues Selbst- und Körperverhältnis verkündete. Inmitten dieser „explodierenden Kultur pädagogischer, therapeutischer und künstlerischer Leibarbeit oder Körperarbeit“ (Marlock/Weiss 2006a, 7) gründete die Gymnastiklehrerin Elsa Gindler (1885-1961) das „Seminar für Harmonische Körperausbildung“ in Berlin. Nicht um Übungen, die zum Besitz einer Fertigkeit führen oder um Fitness ging es ihr, sondern darum, „erfahrbereit“ zu werden. „Gindler weigerte sich immer, ihrer Arbeit einen Namen zu geben. Stattdessen ging es um das Sein, und damit ist vor allem das In-Beziehung-Sein zu den eigenen Bewegungs- und Körpergefühlen gemeint.“ (Seewald 2002, 30) Sofern sie überhaupt bereit war, ihre Lehrtätigkeit zu betiteln, bezeichnete sie diese als „Arbeit am Menschen“ (Marlock 2006c, 397). Sie lehrte ein Prinzip schlichter Wahrnehmung ohne psychotherapeutischen Anspruch. Bei ihrer Arbeit standen Körpererfahrung, Konzentration und Aufmerksamkeit im Vordergrund und sie wollte diese nicht durch deutende Distanz oder Bevormundung unterbrechen oder verzerren. (Marlock/Weiss 2006a, 2) Wenn sie davon sprach, durch

¹³ Für ein ausführliches Schaubild der Einflüsse Reichs in Norwegen und den USA, siehe: Langfeld/Rellensmann 2006, 79.

Präsenz die volle Funktionsfähigkeit des Körpers zu entfalten (Marlock 2006c, 397), so ging es ihr aus heutiger Sicht darum, den propriozeptiven Sinn zu schulen, das heißt, die Wahrnehmung des eigenen Körpers mit dem Ziel zu fördern, autonome Körperprozesse ins Gleichgewicht kommen zu lassen. (Geuter 2006b, 20) Da sie ihre Praxis nicht als Methode verstanden wissen wollte, hinterließ sie außer einem einzigen Artikel keine theoretischen Ausarbeitungen (Cornell 2008, 37). Von Heinrich Jacoby, einem mit Gindler arbeitenden Musiker, liegen indes einige Gedanken vor, die auf ein Konzept des Erlernens neuer Verhaltensweisen hinweisen (Geuter 2006b, 18/19). Sie entwickelten gemeinsam den heute als Jacoby-Gindler-Methode bezeichneten Ansatz, und Jacobys Interesse an der Psychoanalyse sprang auch auf Elsa Gindler über. (Weaver 2006, 34)

Besonders in der Tradition der Gymnastik, Rhythmikbewegung und Tanztherapie ist der Weg der Körperpsychotherapien ein weiblicher, auf dem Frauen viel bewegten, nur wenige Schriften hinterließen und oft keine Konzepte mit daraus resultierenden Verfahren erstellten.¹⁴ Die Schweizer Pantomimin und Tanztherapeutin Trudi Schoop lehnte die Erstellung einer Methode energisch ab und sagte: „[...] dass ich da eine Methode aufbringe und sage: 'So wird's gemacht und nicht anders'. Das geht mir einfach gegen den Strich. Gegen mein ganzes Wesen. Und darum habe ich das nie gemacht.“ (Schoop 1991, 184) Sie lehnte es auch kategorisch ab, jemanden auszubilden. „Ich würde höchstens sagen: Versucht, so lieb wie möglich zu sein. Fertig. So gut wie möglich.“ (Schoop 1991, 184 f.)

Aus Gindlers Erbe ging die zweite, wahrnehmungsorientierte Körperpsychotherapieströmung hervor. Ihre Lehre wurde als Meisterinnenlehre

14 Geuter vermutet, dass diese genderspezifischen Herangehensweisen in der KPT damit zu tun haben, dass die Männer von der Psychoanalyse zum Körper kamen und die Frauen vom Körper zur Psychotherapie (Geuter 1999b). Trautmann-Voigt spricht von der männlich-forschenden Von-Außen-nach-Innen-Vorgehensweise, während Frauen den Selbstaussdruck des Individuums betonen (Trautmann-Voigt 2003). Ich denke, dass die These von männlicher Kognition versus weiblicher Praxisnähe eine valide Annahme ist, die zu der Unterrepräsentation von Frauen in der Führungsriege der KPT geführt hat, obwohl sie als Mitwirkende bei der Entstehungsgeschichte der KPT in der Mehrzahl waren. „Männer schrieben auf, was Frauen ihnen vermittelten“ resümiert Geuter (1998).

weiterverbreitet und sowohl für die Entwicklung neuer Verfahren aufgegriffen, als auch in die Humanistischen Psychotherapien integriert: Marianne Fuchs entwickelte die Funktionale Entspannung, Charlotte Selvers begründete in den USA die Sensory Awareness und Laura Perls übernahm wahrscheinlich von ihr das Prinzip der Awareness für die Gestalttherapie. Grundgedanken Gindlers finden sich bei Ruth Cohn (Themenzentrierte Interaktion), Hilarion Petzold (Integrative Bewegungs- und Leibtherapie) und auch bei Wilhelm Reich, dessen Lebensgefährtin Elsa Lindenberg eine Gindlerschülerin war (Langfeld/Rellensmann 2006, 82-84). Im deutschsprachigen Raum ging ihre Arbeit über Gertrud Heller in Helmuth Stolzes Konzentrative Bewegungstherapie ein.

Betrachtet man Reich und Gindler als erste Impulse für das Entstehen körperpsychotherapeutischer Verfahren, so „stehen zwei weltanschaulich verschiedene Positionen am Beginn der Körperpsychotherapie“ (Geuter 2006b, 20). Gindler entwickelte Wege zur Selbstentfaltung über Lernprozesse und orientierte sich am subjektiven Erleben des Menschen. Reichs Arbeit war dagegen aus einem medizinischen Kontext entstanden: Er betrachtete den Körper eher von außen und unter pathologischen Gesichtspunkten, und sein Vorgehen war von „konfrontativer Ungeduld“ (Marlock 2006c, 398). Dennoch findet sich in beiden Strömungen eine revolutionäre, humanistische Grundhaltung: Im Zentrum der leibpädagogischen Arbeit stand die Kritik an der Moderne, die die Maschine über die Natur des Menschen erhob, und Reich wollte als „Freudomarxist“ (Geuter 2006b, 20) befreien, was unterdrückt war. Das Motto was sie verband: Ein wacher Geist bedarf eines freien Körpers.

Der Ausdruckstanz, der sich parallel zur Gymnastikbewegung entwickelte (Röhrich 2006a, 543), ist die künstlerische Wurzel der Tanztherapie. Der Tanz wurde für die therapeutische Arbeit interessant, als er sich vom Bühnentanz wegentwickelte. Die äußere Form trat in den Hintergrund vor persönlichem Erleben und dem Ausdruck eines inneren Zustandes. Rudolf von Laban bezeichnete das Ballett als historisch erstarrte Form und Isadora Duncan und Mary Wigman schufen eine Bühne, auf der „vor allem Frauen ihre Individualität und Selbstbefreiung erstmals öffentlich zelebrierten und anfangen, sich nicht nur

von den engen Korsetten der Ballettkostüme, sondern auch von beengenden Normen abzuwenden.“ (Trautmann-Voigt 2006, 886)

Die dann folgenden politischen Veränderungen der 1930er Jahre in Europa hatten nachhaltige Auswirkungen auf die Entwicklung der Tanztherapie. „Der freie Tanz, entwickelt von Frauen, die ihre Scham, sich öffentlich zu zeigen, gerade erst öffentlich überwunden hatten, und die sich öffentlich – auch kritisch mit sozialen Themen – körperlich-tänzerisch auseinander setzten, wurde aus Deutschland verbannt.“ Trautmann-Voigt spricht von einer „ausgestoßenen, (weiblichen!) Oppositionsbewegung zum ‚harten Kruppstahl‘ der Hitler’schen Körperkultur“ (ebd. 2003, 90).

Viele von Mary Wigmans Schülerinnen emigrierten unter dem Druck des Nationalsozialismus in die USA. Dort fanden sie Arbeit in psychiatrischen Kliniken und entwickelten erste therapeutische Ansätze. Durch das therapeutische Element verschob sich der Fokus vom körperlichen Ausdruck von Ideen und Themen zum Ausdruck der individuellen Lebensgeschichte. Trudi Schoop arbeitete in Kalifornien mit psychotischen Patienten, Mary Whitehouse, die sowohl durch Martha Graham als auch Mary Wigman geprägt war, brachte C. G. Jungs Aktive Imagination in den Tanz. Wie auch Trudi Schoop fehlt ihrem sogenannten Westküsten-Ansatz eine theoretische Fundierung (Trautmann-Voigt 2006, 888). Diese wurde erst in Joan Chodrows Jung’schem Ansatz und Janet Adlers Authentic Movement (siehe Kap. II, 4.2) entwickelt. Marian Chace entwickelte am St. Elizabeth Hospital in Washington, wo auch Jacob Moreno das Psychodrama eingeführt hatte, den Ostküsten-Ansatz, eine Form der tanztherapeutischen Gruppenarbeit. Ihre Arbeit ist vor allem durch den Chace-Kreis, einer Methode zur Kommunikation über Bewegung, bekannt. Der starke psychoanalytische Einfluss in der Tanztherapie ist zurückzuführen auf Mary Whitehouse, auf die Adlerianerin Lilian Espenak und vor allem die Analytikerin und Tanztherapeutin zweiter Generation Elaine V. Siegel. Sie begründete die tanztherapeutische Psychoanalyse und bietet in ihrem Behandlungsraum sowohl die Couch als auch einen Freiraum zum Bewegen an. (Trautmann-Voigt 2006, 891)

Einige dieser Pionierinnen gründeten den ersten international tätigen Berufsverband, die American Dance Therapy Association (ADTA), und ihnen ist es zu verdanken, dass es die Tanztherapie als erste KPT schaffte, sich in den USA sowohl als anerkanntes Therapieverfahren als auch als universitärer Ausbildungsgang zu etablieren. Die „moderne“ Tanztherapie bekam im Zuge der Human Potential Bewegung ein neues Gesicht und wurde Ende der 1970er Jahre sozusagen nach Europa zurückimportiert, gemeinsam mit Gruppendynamik, Gestalttherapie und andern humanistischen Ansätzen (Wilke 2007, 39, Trautmann-Voigt 2006, 887). Heute ist sie nicht nur klinisch fest etabliert, sondern hat auch die Tanzformen der Selbsterfahrungsszene geprägt, wie den Contact Dance (Steve Paxton) und den Five-Rhythm Dance (Gabrielle Roth).

Obwohl sie ein körperpsychotherapeutisches Verfahren ist, hat die Tanztherapie bis heute auf einer eigenständigen Identität bestanden und diese auch organisatorisch behauptet (Marlock/Weiss 2006c, 883). Dennoch findet man sie an den amerikanischen Universitäten in der Regel zusammen mit der Body Psychotherapy unter dem Dach der Somatic Psychology (Naropa, CIIS).

3.3 Human Potential Movement

„Der rettende Weg.

Der rettende Weg, das ist der Weg zu dir selbst.

Er führt nach innen, tief in dich hinein,

hinein bis in die Mitte deiner Ängste,

bis dorthin, wo nichts mehr ist

als der kaum angefangene Versuch,

geboren zu werden, du selbst zu sein.“

(Sprenger 1984,105)

Als in den 1960er Jahren die Humanistische Psychologie in Kalifornien entstand, wurden auch Wilhelm Reichs Konzepte (1966, 1970, 1971)

enthusiastisch aufgegriffen und in erlebnisaktivierende Therapieformen integriert. Das Bild von einem Muskelpanzer als Abwehr gegen eine kinderfeindliche Sozialisation, die Befreiung von Affekt und Sexualenergie, die Selbstentdeckung sowie die Rückkehr des Menschen zu Liebesfähigkeit und das Erleben im Hier und Jetzt waren identisch mit zentralen Ideen der Studentenbewegung. Im Bemühen, eine Alternative zur etablierten Psychotherapie und Psychiatrie zu schaffen, entstanden viele neue körper- und erlebniszentrierte Verfahren. „Seinerzeit suchten viele Menschen in Selbsterfahrungs-, Therapie- und Encountergruppen eine Erweiterung ihrer inneren Möglichkeiten und eine verloren geglaubte Identität. Der Körper wurde dabei zu einem Referenzpunkt der Suche nach sich selbst.“ (Geuter 2006b, 23)

Ein wichtiger Beitrag der Human Potential Movement zu den Körperpsychotherapien, wie wir sie heute kennen, bestand darin, dass sich ein neues Verständnis der Rolle des Therapeuten entwickelte. Während Reich noch Ein-Person-Analyse betrieb und Lowen als wissender Arzt auftrat, griffen die Therapeuten nun Carl Rogers' Vorstellung von einem empathischen, helfenden Gegenüber auf. „Therapie wurde verstanden als existenzielle Begegnung zweier Menschen, in der der Therapeut authentisch anwesend ist.“ (Geuter 2006b, 23) In diesem Prozess des Umdenkens wurde auch die Klientenrolle kritisch hinterfragt. Während Reich sich weniger am subjektiven Erleben der Patienten orientiert hatte als an „objektivierten Parametern“, bestand die Gestalttherapie unter Laura und Fritz Perls darauf, die Selbstregulation des Klienten zu achten (Marlock 2006c, 398).

Außerdem wurde die Grenze zwischen Lebenswelt und Therapiegruppen besonders in Kommunen bewusst aufgehoben. Auch die zwischenmenschlichen und therapeutischen Grenzen fielen und das Tabu der Berührung durch den Therapeuten sowie die Abstinenzregel wurden vielfach übergangen. Gruppentherapie ersetzte – inspiriert von Kurt Lewins T-Groups – die Einzeltherapie. Die Wirkfaktoren der Gruppe wie das Wir-Gefühl, die Universalität des Leidens und das Modelllernen öffneten eine neue Dimension der Psychotherapie (Röhrich 2000, 19, Yalom 2007, 23). Ziele der neuen

Verfahren waren Selbsterfahrung und spirituelles Wachstum. Ihre klinische Ausrichtung laut Perls: „Therapie mit Gesunden“. Ihre Zielgruppe: „Normale Stadtneurotiker“ (Petzold 1999, 310). Man brauchte keine Diagnose mehr, um an einer Therapiegruppe teilzunehmen, nur eine ganz durchschnittlich traumatische Kindheit.

Der Körper, sein Erleben und seine gesellschaftliche Funktion erfuhr neue Beachtung, nicht nur im therapeutischen Setting. „Wichtige gesellschaftliche Strömungen, wie der Feminismus oder die Ökologiebewegung, die von vielen verwandten Werten getragen sind, begünstigten darüber hinaus die Ausbreitung körperpsychotherapeutischen Denkens.“ (Marlock/Weiss 2006a, 3) Der Erfahrungsbegriff Gindlers erlebte eine Renaissance und auch Freud wurde wiederentdeckt. Zwar bestand ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber Freuds Analyse, da sie „die Erhaltung der Kultur vor die Befriedigung der individuellen Bedürfnisse stellte“ (Büntig 2006a, 51), gleichzeitig wurde aber seine von Reich weiterentwickelte kathartische Methode zu einem zentralen Element einiger Verfahren, wie Arthur Janovs Primärtherapie, einem „Abkömmling der körperpsychotherapeutischen Tradition“ (Marlock 2006a, 67), Leonard Orrs Rebirthing, Daniel Casriels Bonding und den Encountergruppen von Will Schutz.

Esalen in Big Sur / Kalifornien und Poona in Indien seien hier als zwei große Therapiezentren zu nennen, in denen mutig experimentiert wurde. Mit ihnen begann ein schnell wachsender Trend zu Wochenend-Workshops. Die Intensität der Gruppen stillte einen Hunger nach etwas, das für die meisten weder in Arbeitswelt oder College noch in ihren Familien zu finden war: Nähe und wirkliche Beziehungen, in denen Gefühle spontan ausgedrückt und neue Verhaltensweisen ausprobiert werden konnten. Die Therapiegruppe war ein Mikrokosmos der Welt außerhalb des Gruppenraums. Sie fungierte oft als Modellfamilie und wurde als soziales Experimentierfeld zu einem Inkubator, in dem zwischenmenschliche Konflikte und dysfunktionale Familiendynamiken

aufgearbeitet wurden.¹⁵ Da die Einbeziehung des Körpers in den Therapieprozess gefördert wurde, konnten zum einen die auftauchenden Konflikte zwischen Gruppenmitgliedern affektintensiv und zum Teil auch handgreiflich ausgetragen werden, zum anderen fand enger, sinnlicher Körperkontakt statt – und das oft in dieser Reihenfolge.

Die Sexualität war von der kritischen Betrachtung der eigenen Sozialisation nicht ausgenommen. Erstmals war alles zur Gruppendiskussion freigegeben, was noch in den 1950er Jahren nicht einmal im ehelichen Schlafzimmer besprochen wurde. Reichs Theorie der Lustangst und seine Betonung der orgasmischen Hingabe führte einerseits zur sexuellen Befreiung, andererseits aber auch zu pathologisierenden Interventionen, die ihrerseits traumatisch sein konnten. Es mangelte zum Teil an therapeutischer Sensibilität und Klienten wurden in sexuelle Freizügigkeit gedrängt oder fühlten sich dem Vorwurf ausgesetzt, keinen „richtigen Sex“ (Cornell 2006, 712) zu haben. Aufgrund ihrer intensiven Körperlichkeit waren die Selbsterfahrungsgruppen auch für die Medien interessant. Im Fokus der Berichterstattung stand jedoch Sensationslust und nicht Aufklärung und so wurde vieles, was in den Gruppen passierte, hochgespielt. Aus Teilnehmerberichten kann man jedoch schließen, dass die vereinzelt körperlichen und emotionalen Blessuren in keinem Verhältnis zum therapeutischen Erfolg der Gruppen standen.¹⁶

Dem Schmelztiegel der Psychotherapieexperimente wurden als besonderes Gewürz die Gedanken C. G. Jungs und der Existenzphilosophie (Sartre, Heidegger) sowie verschiedenster spiritueller Traditionen beigefügt (vgl. Hutterer 1998, 182-186; Quitmann 1996, Kap. II): Ron Kurtz integrierte östliche Meditations- und Achtsamkeitstechniken aus Buddhismus und Taoismus in das Hakomi Verfahren (Geuter 2006b, 24 f.), Stanislav Grof experimentierte im Sinne schamanischer Traditionen mit Drogen und Trancen zur Heilung und der indische Philosophieprofessor Osho (Rajneesh Chandra Mohan) baute eine

15 Solotaroff (1999) gibt eine ausgezeichnete Dokumentation eines Gruppenprozesses.

16 Vgl. Elten (1980): Ganz entspannt im Hier und Jetzt.

Brücke von Ost nach West, als er in seinen Bewegungsmeditationen der Meditation die Katharsis voranstellte.

In diesem Spannungsfeld entwickelte sich die **Transpersonale Psychologie**. Ihr Ziel ist die Transformation vom Ich-Bewusstsein zu einer „erfahrbaren Wirklichkeit jenseits aller mit Sinnen und Verstand erfassbaren Realität“ (Büntig 2006b, 943). Die Persönlichkeit soll vor allem durch Körperprozesse eine Transparenz und Durchlässigkeit für das „überräumzeitliche Sein“ (Dürckheim 1973, 183) entwickeln. Dürckheim, der im Westen als einer der ersten die Seinsdimension in die Psychotherapie einführte, nannte dies einen Zustand der Transzendenz (Dürckheim 1973, 180 f.) und sprach vom Durchbruch zum Wesen (1954). Zu diesen bewusstseinsweiternden Prozessen gehören spirituelle Erfahrungen, Ekstase, Grenz- und Sterbeerfahrungen. In der Entstehungszeit der Transpersonalen Psychologie wurden erstmals Fragen der religiösen Traditionen und Metaphysik berührt, sowie Meditationen und bewusstseinsverändernde Stoffe (Drogen) in Therapieprozesse integriert. (Lück 1991, 168 f.) Ken Wilber (2001), der Begründer der Integralen Psychologie, und Fritjof Capra (1983, 1985) seien hier als namhafte Vertreter der Brücke zwischen Philosophie, Psychologie und Neuerer Physik genannt. Aus dieser Weiterentwicklung der Humanistischen Psychologie entstanden Atemtherapien wie das Rebirthing von Leonard Orr und das Holotrope Atmen von Stanislaw Grof, die zur Regression, zur Bewusstseinsveränderung und zum Erleben von Grenzerfahrungen eingesetzt werden (vgl. Kap II, 4.4.).

Die therapeutischen und soziokulturellen Experimente der Human Potential Movement prägten nachhaltig das heutige Verständnis von Psychotherapie, Gruppenprozessen, Kindererziehung, Partnerschaft und nicht zuletzt Körperlichkeit und beeinflussten so die gesamte gesellschaftliche Entwicklung. Es entstand eine beeindruckende Vielzahl und Vielfalt von neuen, heute bedeutenden psychotherapeutischen Verfahren mit dem Körper als zentralem Element, so dass der Einfluss der Human Potential Movement auf die KPT heute fast sichtbarer ist als Gindlers Gedankengut.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die drei Gründerbewegungen der KPT die heutigen KPT-Verfahren auf unterschiedlichen Ebenen geprägt haben: Wilhelm Reich schuf eine konzeptionelle Basis, indem er mit seinem analytischen Hintergrund das Menschenbild der KPT prägte. Elsa Gindlers Beitrag des Spürens findet sich als Awareness in der therapeutischen Praxis jedes Verfahrens. Die Human Potential Movement entwickelte eine neue Therapeutenrolle, nutzte erstmals die Gruppe als therapeutisches Medium und erweiterte Reichs Konzept einer wahren Natur im Menschen um die Erkenntnis, dass dieser wahre Kern kompetent ist und das Bedürfnis nach Selbstaktualisierung hat.

4 Verfahren der Körperpsychotherapie und körperorientierten Psychotherapie

Ich habe in Anlehnung an diese drei Quellen der Körperpsychotherapie zentrale Verfahren der KPT und körperorientierten Psychotherapie ausgewählt, an denen die verschiedenen Zugänge zur Körperarbeit gemäß ihrer Entstehungsgeschichte sichtbar werden. Die von mir getroffene Auswahl bildet auch bereits eine mögliche Grundlage für ein Curriculum, das sowohl einen Überblick geben soll, als auch relevante Verfahren für die spätere Berufspraxis enthalten muss. Diese sind im Einzelnen:

1. Die **Konzentriative Bewegungstherapie** von Helmuth Stolze, die aus Gindlers wahrnehmungsorientierten Ansatz und analytischen Grundprinzipien entstand, und die das an psychosomatischen Kliniken am weitesten verbreitete körperpsychotherapeutische Verfahren ist (Olbrich 2004, 69, Stolze 2006, 442).
2. Die klinisch ebenso relevante **Tanztherapie** als bewegungs- und handlungsorientiertes Verfahren aus der reformgymnastischen Strömung, mit besonderem Blick auf das **Authentic Movement** (Janet Adler), einem Verfahren der „modernen Tanztherapie“, das in den US-Curricula favorisiert wird.
3. Alexander Lowens **Bioenergetik** als bekanntestes Verfahren der affekt- und energieorientierten Arbeit mit dem Körper.
4. Aus der Humanistischen Psychotherapie hervorgegangene Verfahren, die wichtige Elemente der Körperarbeit thematisieren – die Arbeit mit Regression und transpersonalen Bewusstseinszuständen (**Atemtherapien**) und mit der Gestalt (**Gestalttherapie**) – sowie das **Psychodrama** und der **Encounter**, die wie keine anderen Verfahren den sozialen Körper und die leibliche Dynamik von Gruppen aufgreifen.

Natürlich stellt sich angesichts dieser Auswahl die Frage, warum andere bedeutende Verfahren, wie zum Beispiel die analytische Körperpsychotherapie,

die Integrative Leib- und Bewegungstherapie oder auch die Primärtherapie fehlen:

Die **analytische Körperpsychotherapie** wurde von mir aus curricularen Gründen ausgeschlossen. Da die Arbeit mit ihr eine psychoanalytische Ausbildung voraussetzt, ist sie ungeeignet, um in einem zweijährigen Studium im Rahmen von einem Seminar so vermittelt zu werden, dass sie auch nur ansatzweise in der Berufspraxis angewandt werden kann. Weiterhin existiert derzeit keine eigene Schule (Geißler/Heisterkamp/Moser 2007, 590) und kein Ausbildungscurriculum (Geißler 2006, 125), so dass die Studenten eines KPT-Studiums sich auch nicht weiterbilden könnten. Ein für die Berufspraxis wichtiges Argument ist außerdem, dass dieses Verfahren weniger in Kliniken als in psychoanalytischen Privatpraxen praktiziert wird und daher für das derzeitige Berufsfeld zukünftiger Körperpsychotherapeuten irrelevant ist.

Arthur Janovs **Primärtherapie** war in der Zeit der Human Potential Movement sehr beliebt. Die Befreiung vom in Schlüsselszenen erlebten Urschmerz (primal pain) durch den Urschrei suggerierte schnelle und dauerhafte Heilung von einer schmerzlichen Kindheit (vgl. Janov 1971). Entsprechend wurde unter intensivem Einsatz des Körpers mit Hilfe von therapeutischer Berührung (Halten und Wiegen, Druck auf den Kopf bei Geburtserlebnissen u. m.) und Requisiten (Stofftiere, Babyflasche, Musik) gezielt an regressiven Prozessen gearbeitet. Die Grundprinzipien der Primärtherapie – Regression und Aktivierung der affektmotorischen Schemata – waren an Reichs Arbeit angelehnt, die aktive Therapeutenrolle war Teil des Zeitgeistes. Die Ausschließlichkeit der Arbeit am Urschmerz führte jedoch dazu, dass die Primärtherapie als Verfahren ihre Bedeutung nach und nach verlor und heute in ihrer ursprünglichen Form nicht mehr praktiziert wird. In vielen anderen Verfahren finden sich dieselben Methoden, jedoch in einem therapeutischen Kontext, der ein weiteres Spektrum an Prozessen zulässt als nur die Wiederbelebung von Kindheitstraumen.

Die von Hilarion Petzold entwickelte **Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (IBT)** ist ein methodenintegratives Verfahren, in dem neo-

reichianische Ansätze, Atemtherapien, Gestalttherapie, Psychodrama, Gindlerarbeit, Tanztherapie, Meditation, Entspannungsverfahren, Pantomime und das Therapeutische Theater von Iljine, Martial Arts wie Aikido und Tai Chi und auch Verhaltensmodifikation inkorporiert sind. (Petzold 1988, 63) Diese Verfahren werden im therapeutischen Geschehen verknüpft „in der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung, im konfliktzentriert-aufdeckenden Umgang mit Widerstand und Abwehr, in der experimentierenden Erschließung neuer Erfahrungen durch erlebnisaktivierende und mediale Arbeit“ (Petzold 1988, 174). Durch dieses vielschichtige Spektrum kann die IBT in einem breiten Indikationsspektrum und bei allen Strukturniveaus zur Anwendung kommen und wird deshalb in 11 % aller Psychosomatischen Kliniken angeboten (Olbrich 2004, 69). Das macht sie für ein KPT-Curriculum eigentlich besonders interessant, andererseits stellt diese Methodenvielfalt auch ein Problem dar. Petzold hat in seiner langjährigen Arbeit mit Klienten die Überlegenheit von mehreren situativ eingesetzten Methoden entdeckt und dieses Vorgehen als eigenes Verfahren deklariert. Jeder praktizierende Körperpsychotherapeut jongliert irgendwann ebendiese Methodenvielfalt unter Zuhilfenahme seiner spezifischen Ausbildung und Eigenerfahrung ganz automatisch. Diese Fertigkeit erfordert jedoch langjährige Berufserfahrung. Ich bezweifle, dass in der kurzen Studienzeit die Fähigkeit gelehrt werden kann, so viele Ansätze intuitiv derart einzusetzen, dass das Produkt größer ist als die Summe der Einzelteile. Die Methodenvielfalt der IBT macht es zudem sowohl im Studium als auch im Rahmen dieser Arbeit unmöglich, ihr Profil herauszuarbeiten oder sie gar einer historischen Strömung zuzuordnen, weshalb ich stattdessen Gründerverfahren in ihrer „Reinform“ gewählt habe. Mit diesen als Grundlage in einem KPT-Studium halte ich jedoch eine post-graduale Weiterbildung in IBT für sehr empfehlenswert.

Potentiell lassen sich natürlich auch alle anderen Verfahren der Körper- und Bewegungsarbeit nach US-amerikanischem Vorbild in ein Curriculum integrieren. Auch weniger bekannte Verfahren können wertvolle Impulse für die Berufspraxis setzen. Die Kliniken, die nach dem Bad Herrenalber Modell arbeiten, favorisieren zum Beispiel das **Bonding**, das aber nicht unumstritten ist

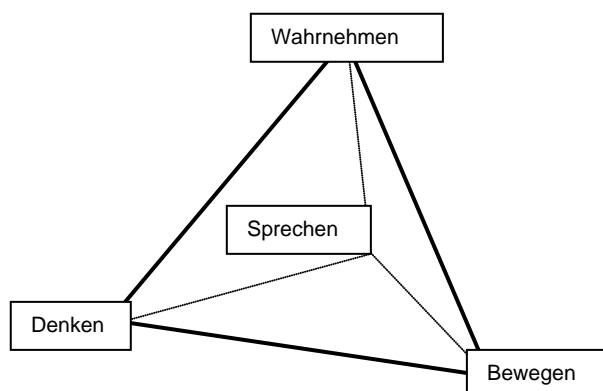
(Wolf 2006, 67). Auch die **Bewegungsmeditationen** von Osho werden in vielen psychosomatischen Kliniken erfolgreich eingesetzt. (vgl. Oppl 2008, Bosák/Jack 2006) Hier kommt es auf die jeweilige Situation in einem gegebenen Institut an, die darüber entscheidet, welche Verfahren in einem Studiengang vermittelt werden.

Ob alle von mir ausgewählten Verfahren gleichwertig gelehrt werden können, wage ich angesichts der Kürze des Masterstudiums zu bezweifeln. Curriculare Lösungsmöglichkeiten diesbezüglich werden zu einem späteren Zeitpunkt noch diskutiert (Kap IV, 1.3.1.8).

4.1 Konzentriative Bewegungstherapie (KBT) nach Helmuth Stolze

Inspiziert durch die Gindlerschülerin Gertrud Heller entwickelte der Psychiater und Tiefenpsychologe Helmuth Stolze (1917-2004) die Konzentriative Bewegungstherapie.

Sie ist phänomenologisch orientiert und arbeitet mit der Gestaltsymbolik körperlicher Bewegung, entsprechend der Gestaltkreislehre von Viktor von Weizsäcker. Diese geht von der Annahme aus, dass Erfahrungen auf der Ebene des Wahrnehmens und Bewegens auf die Ebene des Denkens und Sprechens übergreifen und umgekehrt. Helmuth Stolze entwarf zur Anschauung den Tetraeder des Begreifens (2006, 444):



Danach stehen alle vier Funktionen des Wahrnehmens miteinander in Verbindung und repräsentieren das menschliche Erleben als Ganzes. Ebenso steht der Tetraeder für eine ganzheitliche Psychotherapie, in der Wahrnehmen,

Sprechen, Denken und Bewegen als grundlegende Elemente der therapeutischen Beziehung zusammenwirken. (Stolze 2006, 444)

Schaut man einer KBT Gruppe bei der Arbeit zu, so fällt trotz der eindeutig psychotherapeutischen Orientierung der KBT die große Ähnlichkeit mit der von Johnny Kiphard ins Leben gerufenen entwicklungsfördernden Psychomotorik auf: Der Einsatz von Materialien, die Bewegung als zentrales Medium und mehr. Aufgrund ihrer psychoanalytischen Fundierung steht jedoch die therapeutische Beziehung mit ihren psychodynamischen Kräften (Übertragung, Widerstand und Abwehr) im Zentrum der KBT, was den therapeutischen Prozess noch erheblich vertieft.

Die KBT hat das Ziel, in einem erfahrbaren Raum sowohl aufzudecken als auch Lernen zu ermöglichen. Anstelle „eingefleischter“ Gewohnheiten sollen neue Bewegungsmöglichkeiten einen Prozess der Selbsterkenntnis und Selbstentfaltung anstoßen. Sogenannte Arbeitssituationen, die vom Klienten aufgenommen, abgelehnt oder auch modifiziert werden können, enthalten Angebote an die Erfahrungsbereitschaft des Klienten. Im Rahmen von vorgegebenen Körperhaltungen und -bewegungen alleine und im Kontakt mit anderen werden Erlebnisebenen angesprochen. Die KBT nimmt dabei die psychodynamischen Begrifflichkeiten beim Wort und „arbeitet mit dem (Über- und Entgegen-)tragen, (Wider-)stehen, und (Ab-)wehren in konkreter, körperlicher Weise, so wie wir auch sonst Sprachliches konkretisieren (z. B. begreifen, versuchen, an- und ablehnen)“ (Stolze 2006, 443). Die eingesetzten Materialien (Naturobjekte, Kugeln, Stäbe, Tücher, Sandsäckchen) sollen durch ihre Beschaffenheit Erfahrungen ermöglichen und auch durch ihren Symbolgehalt wirken. Zentral für die Arbeitssituationen sind polar strukturierte Felder (z. B. Nähe / Distanz, Geben / Nehmen, Wählen / Gewähltwerden) und Vergleiche des Erlebten (vorher / nachher, offene / geschlossene Augen). Im therapeutischen Gespräch gewinnt das Erlebte durch Verknüpfung mit Gefühlen, Vorstellungen und Bildern aus der eigenen Lebensgeschichte an Bedeutung. Dieser Prozess kann, aber muss nicht, durch (Hin-) Deutungen des Therapeuten gefördert werden. (Stolze 2006, 445)

Dem Therapeuten kommt also hier ähnlich wie in der Tanztherapie eine analysierende, beobachtende Haltung zu. Dabei orientiert er sich in erster Linie an der Erscheinung des Patienten im Sinne einer Lebensgeschichte, die durch seine Körperlichkeit zum Ausdruck kommt sowie an der Art, wie der Klient Beziehungen aufnimmt: zum Raum, zu anderen Menschen, zu Gegenständen. Hier kommt auch seiner Beziehung zu und seinem Umgang mit Sprache eine besondere Bedeutung zu. Als zentrale Frage nennt Stolze die Frage nach der Bedeutung der Krankheit im Sinne einer Symptomdeutung (Stolze 2006, 445), ganz im Sinne der psychoanalytischen Wurzeln dieses Verfahrens (vgl. auch Becker 1997).

4.2 Die Tanztherapie unter besonderer Betrachtung des Authentic Movement nach Janet Adler

Aus der tanztherapeutischen Strömung lässt sich nur schwer ein einzelnes repräsentatives Verfahren herauslösen. Deshalb möchte ich an dieser Stelle zunächst die Grundlagen und Arbeitsweisen der Tanztherapie darstellen, danach werde ich noch auf Janet Adlers Authentic Movement eingehen, das in den Körperpsychotherapiestudiengängen der USA favorisiert wird.

Tanz ist das älteste therapeutische Medium der Menschheit. In Form von Heilungstänzen und Ritualen hat der Tanz seit jeher die Funktion des Ausdrückens und Mitteilens des eigenen Leidens innerhalb einer Gemeinschaft und eröffnet damit die Möglichkeit zum gemeinsamen Heilen. (Wilke 2007, 19 f.).

Die moderne Tanztherapie betont in erster Linie den Ausdruck des Körpers und seine Fähigkeit zur Symbolisierung. (Marlock/Weiss 2006c, 883) Ihr Ziel ist die Förderung der Fähigkeit, Emotionen in Bewegungen, Symbole oder auch Sprache umzuwandeln und dadurch den Kontakt zu sich oder anderen Tänzern zu intensivieren. (Trautmann-Voigt 2006, 886) Sie wendet sich gegen Bewegungsp Perfektion und bewusste Körperkontrolle. Laut Mary Whitehouse soll vielmehr das Unbewusste – bestehend aus Bildern, Gestalten und Träumen – zur freien Entfaltung in der spontanen Bewegung kommen. (Trautmann-Voigt

2006, 888) Auf diese Art und Weise kann sich auch eine psychische Störung in bewegten Bildern, Gedanken und Assoziationen zeigen. Die klinische Tanztherapie „beruht auf der Beobachtung, dass der psychisch kranke Mensch auf einer persönlichen Bühne die Fragmente einer Komödie, Tragödie oder Posse aufführt. [...] Über den Tanz soll ein Weg eröffnet werden, komplexe und verborgene Gefühle non-verbal zu artikulieren.“ (Schoop 1991, 157). Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht nur für psychisch kranke Menschen, sondern funktioniert unter dem Aspekt der Selbstaktualisierung und Erlebnisaktivierung für jeden Menschen. Trudi Schoop resümiert: „Es ist auch das, was ich mit meiner Arbeit erreichen möchte: daß der Mensch erlebnisfähig ist und bleibt.“ (ebd. 177)

Aufgabe von Therapeut und Klient ist es, die Signale, Wünsche, Aufforderungen und Geschichten der Körpersprache zu verstehen und ihre Wirkung im biographischen Zusammenhang einzuordnen und gegebenenfalls verändern zu können. (Trautmann-Voigt 2006, 885) Die verbale Analyse des vom Tänzer (Mover) Erlebten und vom Therapeut (Witness)¹⁷ Beobachteten ist aus diesem Grund ein wichtiger Bestandteil der Tanztherapie, auch wenn davon nicht in jeder Stunde Gebrauch gemacht wird. Der freie Raum zum Tanzen, Bewegen und Spielen lässt sich auch mit Winnicotts „transitional space“ vergleichen, in dem die Psyche des Therapeuten und des Klienten spielen und sich in spontanem, affektivem Austausch begegnen können, denn der Therapeut kann natürlich trotz seiner Zeugenfunktion auch aktiv am Tanz teilnehmen.

Die moderne Tanztherapie folgt psychodynamischen Grundsätzen, die besonders in Elaine Siegels analytischer Tanztherapie thematisiert werden. Der Aspekt der Übertragung und Gegenübertragung steht bei ihr im Vordergrund: Wie in der Psychoanalyse beobachtet hier der Therapeut, analysiert und teilt dann dem Klienten seine Deutung mit. Es entwickelt sich ein Dialog, ein In-Szene-Setzen, und eine intensive therapeutische Beziehung. Siegel erkannte,

¹⁷ Die Begriffe Mover (der sich bewegende Klient) und Witness (der beobachtende Therapeut) sind in der Tanztherapie gängig.

dass sich Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand im therapeutischen Raum verändern, wenn Bewegung und körperliche Expressivität des Klienten hinzukommen:

„Durch Bewegungsassoziation, also Improvisation, gelangen Tanztherapieanalysanden innerhalb der Übertragung selbst an ihre wunden Stellen. Motilität wird als eine Ichfunktion genutzt, die zum Erinnern, Phantasieren und Durcharbeiten führt und durch Deutungen zusätzlich beeinflusst wird.“ (Siegel 1999, 39)

Insbesondere die Intensität körperlicher Gegenübertragung steigt in einer „bewegten“ Psychoanalyse:

„Tanztherapeuten müssen jede Bewegung des Patienten genau so aufgreifen, wie er sie macht. Sie müssen sich also, ohne es zu wollen, körperlich mit ihren Patienten identifizieren. Dadurch strömen dann die Stimmungen, Vorhaben, Anpassungen und Widerstände des Patienten in sie ein. Falls die Tanztherapeutin sich all das nicht gedanklich klarmacht, bleibt ein starker Nachhall in ihrer eigenen Seele zurück.“ (Siegel 1984, 135)

Je nach Indikation und Setting arbeitet die Tanztherapie übungszentriert, erlebniszentriert oder konfliktzentriert. Die übungszentrierte Herangehensweise eignet sich besonders zur Stärkung von Körpergrenzen und zur Optimierung von Körperfunktionen und ist damit beispielsweise bei der Psychotherapie indiziert. Bei erlebniszentrierten Prozessen stehen Selbsterfahrung und Selbstausdruck im Vordergrund. Konfliktzentrierte Methoden finden vor allem bei der Therapie neurotischer Störungen Anwendung, indem sie Introspektion in lebensgeschichtliche Zusammenhänge fördern und blockierte Affekte lösen. (Trautmann-Voigt 2006, 886)

Das Authentic Movement nach Janet Adler

Mary Whitehouse (1911-1979) war die erste, die das Finden einer authentischen Bewegung als ein Ziel der Tanztherapie formuliert hat. Die Wahrnehmung, aus dem eigenen seelischen Erleben heraus bewegt zu werden, nannte sie Authentic Movement:

„Eine authentische Bewegung entsteht im Moment, im und durch das Selbst. [...] Wenn ich jemanden sehe, der sich authentisch bewegt, dann ist das so wirklich, dass es frei ist von Vortäuschung oder Auftreten oder

Vorstellungen. Das kann oft nur die Bewegung einer Hand sein, die sich umdreht, oder es kann eine Bewegung des ganzen Körpers sein. Um zu dieser Authentizität zu gelangen, ist ein Opfer erforderlich. Zunächst ist es das Aufdecken all der Tricks, Bedürfnisse und dem Verlangen, das dich von dem Echten in dir trennt. Dann, wenn du herausgefunden hast, was der Trick ist und was er verhindert, muss er geopfert werden, wie auch jeder andere, der nach ihm aufgedeckt wird. Wahre Impulse und Bewegungen kommen von solch einem anderen Ort in einem selber, dass die Person, die es einmal erlebt hat, weiß, wann es da ist und wann nicht, und dann kann sie aufhören zu täuschen. Was ich ‚täuschen‘ nenne, ist das persönliche Arrangieren von Bewegung auf vielen Ebenen.“ (Whitehouse 1999, 24, Übersetzg.)

In der Arbeit an der eigenen Authentizität entstehen Momente, in denen das wahre Selbst oder das verkörperte Unbewusste die Regie übernehmen. „Ich bin an dem Augenblick besonders interessiert, wenn Leute, die sich bewegen, einschließlich der Tänzer, feststellen, dass sie bewegt werden.“ (Whitehouse 1991, 147) Hier öffnet sich der Tänzer gleichzeitig ungelebten Anteilen, die auf diese Weise bearbeitet und integriert werden können, wie auch ganz authentischen Impulsen, die seine Selbstaktualisierung fördern.

Janet Adler, die das Authentic Movement zu einem eigenen Verfahren machte, übernahm von Whitehouse unter anderem das psychoanalytische Fundament C. G. Jungs: „Die zentrale Arbeit im Authentic Movement besteht in der Beziehung zwischen einem Mover und einem äußeren Witness, zwischen dem bewegten Selbst und einem inneren Witness, zwischen dem Selbst und dem Kollektiven. Beziehung, Beziehung, Beziehung. Bei diesem Geschenk, dieser Arbeit, dieser Herausforderung, eine Person zu sein, geht es um Beziehung.“ (Adler 2003, 13, Übersetzg.)

Der Mover arbeitet bei diesem Verfahren grundsätzlich mit geschlossenen Augen und konzentriert sich ganz auf sein inneres Erleben. Der Witness praktiziert die „Kunst des Sehens“, eine Form des Umgangs mit körperlicher Gegenübertragung. Der Therapeut sieht dem Mover nicht von außen zu, sondern versetzt sich in ihn hinein und achtet dabei auf eigene Impulse, Gefühle und Projektionen. Die Präsenz des Therapeuten als Zeuge dient dem Mover unter anderem zur Etablierung und Stärkung eines eigenen inneren Zeugen.

„Wenn wir präsent sind, kommt mehr zum Vorschein als nur die Einzelheiten unserer persönlichen Geschichte, die in unseren Körper eingemeißelt sind. Die Einzelheiten unserer persönlichen Geschichte ändern sich nicht, aber unsere Beziehung zu ihnen kann sich verändern. Diese sich ändernde Beziehung im Studio passiert durch die Erfahrung, gesehen zu werden, zu sehen, teilzunehmen und das Gefühl der Zugehörigkeit.“ (Adler 2003, 14, Übersetzg.)

In der therapeutischen Praxis kann entweder über die Exploration polarer Bewegungsthemen wie hoch / tief, geschlossen / offen, loslassen / festhalten ein innerer Bewegungsantrieb erspürt werden, der Mover kann aber auch von vorne herein seine eigenen Bewegungsimpulse einbringen. Die folgende Beschreibung eines therapeutischen Prozesses durch Janet Adler soll das Authentic Movement veranschaulichen:

„Der typische Ablauf einer Movement Sitzung ist wie folgt. So wie Mary [Whitehouse] es auch mit mir gemacht hat, beginne ich damit, dass ich meine Klientin frage, ob sie ein ‚Bewegungsproblem‘ will, oder ob sie sich frei bewegen will. Wenn sie ein ‚Problem‘ als Starthilfe will (das ist oft in den ersten Sitzungen so), dann schlage ich ein einfaches vor, das eine authentische Bewegung hervorbringen oder simulieren könnte. Diese ‚Probleme‘, die in der Regel Polaritäten explorieren, waren ein zentraler Aspekt in Marys Arbeit. Ich sage zum Beispiel: ‚Bewege dich mit geschlossenen Augen aus dem Stand zum Boden. Lass dich von der Schwerkraft nach unten ziehen. Wenn du so weit unten bist wie du möchtest, beginne damit, dich wieder aufzurichten. Und wenn du so weit oben bist wie du möchtest, bewege dich wieder nach unten. Mache immer weiter, und exploriere den Zyklus zwischen Erde und Himmel.‘ Oft gibt mir eine Klientin einen Anhaltspunkt, wie ‚Ich bin deprimiert‘. Dann schlage ich vielleicht vor, dass sie Bewegungen finden soll, in denen ihr Körper sich schwer fühlt und nach unten bewegt. Nachdem der Klient sich bewegt hat, reden wir zusammen über ihr Erlebnis und manchmal auch über mein Erleben als Zuschauer.“ (Adler 1999, 125, Übersetzg.)

Anhand dieser Prozessbeschreibung kann man die gemeinsamen reformgymnastischen Wurzeln mit der KBT erkennen. So zeigt sich in der Arbeit mit Bewegungspolaritäten die Wahrnehmungsorientierung. Die Therapeuten-Klienten Beziehung wurzelt jedoch eindeutig in der Psychoanalyse. Der Aspekt der authentischen Bewegung – das Finden eines wahren Selbst – ist der Beitrag der Humanistischen Psychotherapie, der sich in der KBT so nicht findet.

4.3 Bioenergetische Analyse nach Alexander Lowen

Die Bioenergetische Analyse – kurz: Bioenergetik – nach Alexander Lowen (1910-2008) ist die konsequente Weiterentwicklung von Wilhelm Reichs Vegetotherapie. In ihrem Zentrum steht die Energiearbeit mit dem Körper (Bioenergetik) und die kognitive Integration (Analyse) des Erlebten. „Die bioenergetische Therapie kombiniert das Aktivitätsprinzip auf somatischer Ebene mit dem analytischen Verfahren auf der psychischen Ebene.“ (Lowen 1981, 59)

Sie benutzt sowohl konfliktaufdeckende Methoden (Stress-Positionen, Bewegungs- und Ausdrucksübungen, Massagen), als auch stabilisierende (Erdungsübungen) und atmungsvertiefende, expandierende Methoden (Atemübungen). Die auftauchenden Bilder, Affekte und Gedanken werden im therapeutischen Gespräch behandelt. „Die Bioenergetik ist eine abenteuerliche Selbstentdeckung.“ (Lowen 1988, 32)

Die berühmt-berüchtigten *Stress- und Belastungsübungen* im Stehen gehören zu den wichtigsten Weiterentwicklungen von Reichs Vegetotherapie, welche im Liegen erfolgte: Durch isometrische Haltepositionen oder sich wiederholende Bewegungen, die bis zur Erschöpfung durchgeführt werden, sollen im Körper manifestierte Abwehrmechanismen „aufgebrochen“ werden. Der Klient wird angehalten, tief ein- und auszuatmen und den Körperempfindungen mit einem Laut Ausdruck zu verleihen. „Tief atmen heißt fühlen.“ (Lowen 1991, 52) Aus einem Stöhnen wird oft ein Schreien, das im Verlauf der kathartischen Entladung häufig in ein Weinen übergeht.

Die Atemübungen der Bioenergetik werden oft mit einem bioenergetischen Schemel oder auch mit einem mit einer Decke gepolsterten Küchenhocker durchgeführt. Ziel ist die Öffnung des Brustkorbs und Dehnung des – in der Regel eingezogenen oder durch Sitzen zusammengepressten – Bauches. (Lowen 1991, 66/67) Die Atemarbeit, die in der Regel zur Affektintensivierung, Belebung der Körpererinnerung und Katharsis eingesetzt wird, birgt natürlich

auch das Potential zur Regression, die von den Atemtherapien ins Zentrum ihrer Therapieprozesse gerückt wurde.

Die oben genannten Übungen dienen auch der Erdung bzw. dem Grounding des Menschen. Lowens Erdungskonzept beschäftigt sich damit, wie gut ein Mensch auf dem Boden der Realität steht – im lebensweltlichen wie im wörtlichen Sinne. Das Grounding, wie Lowen es nannte, ist essentiell für die Energiedynamik, die das bioenergetische Verständnismodell bestimmt. „Die Bioenergetik ist das Studium der menschlichen Persönlichkeit unter dem Blickwinkel der energetischen Prozesse des Körpers.“ (Lowen 1988, 33) Unter dem Energiefluss im Menschen versteht die Bioenergetik „die Gesamtheit der psychophysiologischen Phänomene, welche im oder durch den menschlichen Körper zum Ausdruck kommen“ (Ehrensperger 1996, 162). Da die Bioenergetik einen freien und intensiveren Fluss der Lebensenergie anstrebt, ist das Grounding eine wichtige Voraussetzung zur energetischen Expansion. „Wir Menschen gleichen den Bäumen, deren eines Ende in der Erde wurzelt, während das andere in den Himmel ragt. Dabei wachsen wir nur soweit nach oben, wie unsere Bodenhaftung es gestattet.“ (Lowen 1991, 128)

Die Bioenergetische Analyse wurde zeitweise als unreflektierte kathartische Affektentladungs-Methode missverstanden. Lowen sah seine Arbeit am „Fundament“, an den verkörperlichten Basisemotionen, jedoch immer als Grundlage für Bewusstseinsweiterung und religiöser Verbundenheit mit der Welt. (Lowen 1984, 3) „Die Bioenergetik will dem Menschen helfen, sich dem Leben und der Liebe zu öffnen.“ (ebd. 1988, 32)

Bei diesem aus einer medizinischen Tradition entstandenen Verfahren steht der Körper offensichtlich als Objekt im Zentrum. Die Verfahren dieser Strömung sind alle von der Haltung geprägt, dass über Arbeit an Körper und Atmung die psychischen Traumata nach und nach abgearbeitet und bewusst gemacht werden können. Das affektintensivierende Potential der Bioenergetik wurde von vielen KPT-Verfahren aufgegriffen. Die Humanisten setzten bioenergetische Techniken situativ in Therapieprozessen ein, wo die verbale Therapie nicht

weiterkam. Grof und Orr konzentrierten sich auf die von Lowen inspirierte Atemarbeit und entdeckten neben dem regressiven auch das von Lowen angestrebte transpersonale Potential.

4.4 Holotropes Atmen nach Stanislav und Christina Grof

Die holotrope Atemarbeit (aus dem griechischen von holos: ganz und trepein: sich richten auf) ist ein von den Grofs entwickeltes Verfahren, das die Reintegration von abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen sowie die Wiederentdeckung einer transpersonalen Ganzheit zum Ziel hat. Zentrale Methoden sind das beschleunigte und vertiefte Atmen, unterstützende Körperarbeit (Druckmassage) sowie der Einsatz von evokativer Musik.

Der Atem wird im Sinne Lowens zur Affektintensivierung und Aktivierung der affektmotorischen Schemata eingesetzt. „Man geht in die Vergangenheit zurück, um in der Gegenwart voranzukommen.“ (Lowen 1988, 293) So kommt Verdrängtes aus dem Leibgedächtnis (Petzold 2002, 7) oder der Körpererinnerung an die Oberfläche. Dies sind Bilder, Szenen, Geräusche, eine Empfindung oder ein Geschmack aus der Vergangenheit. Downing (1996, 102 ff.) nennt diese Bilder und Szenen, die wie ein Dia auftauchen, Kinogramme. Beim Holotropen Atmen soll die begleitende Musik es dem Klienten erleichtern, mit seinen Emotionen in Kontakt zu kommen. „Der kontinuierliche Fluß der Musik trägt die betreffende Person wie auf einer Welle mit sich fort und hilft ihr, über schwierige Erfahrungen oder festgefahrene Situationen hinwegzukommen, psychische Abwehrmechanismen zu durchbrechen und sich dem Erfahrungsprozeß hinzugeben.“ (Grof 1994, 224) Im Rahmen der Atemarbeit findet oft eine Körperregression statt, bei der der Klient zu einem Stadium der frühen Kindheit, Geburt oder vorgeburtlichen Zeit regrediert und die Körpererinnerung wie ein Akteur in einem Film erlebt, mit all seinen Sinnen und intensiven Körpersensationen.

Lowen beschreibt an einer eigenen Atemtherapiesitzung bei Wilhelm Reich den Prozess von Affektmobilisierung zu Körperregression:

„In meiner ersten Therapiesitzung bei Reich lag ich auf einer Couch, wobei ich – damit er meinen Atem beobachten konnte – eine kurze Hose trug. Er verlangte von mir nichts weiter, als zu atmen, was ich auch eifrig tat. Nachdem auf diese Weise zehn Minuten vergangen waren, meinte er: ‚Sie atmen ja überhaupt nicht.‘ – ‚Ich atme sehr wohl‘, gab ich zur Antwort, ‚sonst wäre ich ja wohl kaum noch am Leben.‘ Er machte mir jedoch klar, daß meine Brust sich nicht bewegte; dabei forderte er mich auf, meine Hand auf seine Brust zu legen, so daß ich fühlen konnte, wie sie sich bei der Atmung hob und senkte. Tatsächlich spürte ich, daß meine Brust sich erheblich weniger bewegte als seine, weshalb ich sie nun ebenfalls beim Atmen in Bewegung setzte. Das tat ich dann einige Minuten lang, wobei ich durch den Mund atmete. Nach einer Weile forderte Reich mich auf, die Augen weit zu öffnen. Als ich das tat, brach ein Schrei aus mir heraus, der mir – obzwar ich ihn hörte – völlig fremd vorkam, so als hätte ihn jemand anders ausgestoßen. Dabei erschrak ich nicht etwa, sondern war lediglich überrascht. Nach einigen Minuten meinte Reich, ich solle nun aufhören zu schreien, um seine Nachbarn nicht unnötig zu stören. Ich begann dann erneut mit der Mundatmung, woraufhin er mich nach ungefähr zehn Minuten wieder aufforderte, die Augen weit zu öffnen. Genau wie vorher brach der Schrei aus mir hervor, ohne mich sonderlich zu berühren. Als ich nach dieser Sitzung seine Praxis verließ, war mir klargeworden, daß ich tiefsitzende, wenn auch vollkommen unbewußte Probleme hatte. Außerdem hatte ich erkannt, daß ein tiefer und freier Atem verdrängte Gefühle nicht nur erreicht, sondern auch befreit.“ (Lowen 1991, 54/55)

Er fährt mit dem Bericht seiner nächsten Therapiesitzung fort:

„Wieder lag ich auf der Couch, atmete, und hatte plötzlich das Gefühl, ich werde gleich an der Decke ein Bild sehen. [...] Als das Bild schließlich erschien, sah ich das Gesicht meiner Mutter, die mit einem wütenden Ausdruck auf mich herunterblickte. Ich spürte, daß ich ungefähr neun Monate alt war und im Kinderwagen lag, der vor dem Haus stand. Ich vermißte meine Mutter und weinte laut, aber sie war gerade im Haus beschäftigt und reagierte ungehalten auf mein lautes Schreien. Schliesslich trat sie mit einem derart kalten und harten Gesichtsausdruck an den Wagen, daß ich buchstäblich erstarrte. Der Schrei, den ich damals nicht herausgebracht hatte, war also in meiner ersten Sitzung aus mir hervorgebrochen. Dieser Schrei hatte also buchstäblich in meiner Kehle festgesessen, denn sie war so verspannt, daß ich weder schreien noch schluchzen konnte.“ (Lowen 1991, 57f)

Für Stanislav und Christina Grof endet die Atemarbeit dort jedoch nicht. Ihre Intention war es von Anfang an, mit bewusstseinsweiternden Erfahrungen zu experimentieren, die sie zuvor durch den Einsatz von halluzinogenen Drogen hervorgerufen hatten. Bei der in der Atemarbeit provozierten Hyperventilation kann es zu außerordentlichen Bewusstseinszuständen und mystischen

Erfahrungen kommen, die als Raum-Zeit-Reisen und Körpererinnerungen an ein vergangenes Leben gemäß der Reinkarnationstheorie interpretiert werden (vgl. Grof 1994). Damit berührt das Holotrope Atmen zwei strittige Aspekte unseres Körperkonzepts, nämlich ob wir in der Lage sind, die energetische Verbundenheit aller Dinge wirklich zu erleben und ob unsere Evolution „eingefleischt“ ist und wir mit dem Körper auf Zeitreisen gehen können. Die Transpersonale Psychologie bejaht diese Annahmen.

4.5 Gestalttherapie nach Fritz Perls

Die Gestalttherapie wird von einigen Körperpsychotherapeuten als neo-analytisches Verfahren der Körperpsychotherapie gesehen. (Marlock 2006a, 74)

„Bei der Gestalttherapie sind die Überschneidungen mit der Körperpsychotherapie noch eindeutiger (als bei der Tanztherapie). Beide sind aus der Psychoanalyse hervorgegangene Verfahren; Perls und auch Goodman waren stark von Wilhelm Reich beeinflusst. Kernkonzepte, wie die Einbeziehung des motorischen Systems, des emotionalen Ausdrucks und der Selbstregulation, gehen auf Reich zurück. Selbst die Verlagerung des therapeutischen Fokus auf die Gegenwart, die die Gestalttherapie kennzeichnet, ist in der Charakteranalyse von Reich vorweggenommen.“ (Marlock/Weiss 2006c, 883)

Die Gestalttherapie wurde von dem Arzt und Psychoanalytiker Frederick S. Perls (1893-1970) auf dem Hintergrund der Gestaltpsychologie entwickelt. Die Gestalttherapie arbeitet nicht mit direkten Interventionen am Körper, sondern richtet die Aufmerksamkeit auf das Erleben im Hier und Jetzt. Im Zentrum der Betrachtung stehen im Körper gefangene, als unvollendet erlebte Gestalten (Wahrnehmungen und Lebensereignisse). Diese blockieren einen Teil unserer Lebensenergie und drängen in den Vordergrund nach Klärung und Vollendung. Im Versuch, dieses unerledigte Geschäft zu erledigen, neigen wir zu zwanghaften Wiederholungen. Die Gestalttherapie arbeitet daher mit erneutem Durchleben von offenen Situationen in der Phantasie oder im Rollenspiel. Durch Jacob Levy Moreno inspiriert entwickelte Perls die Arbeit mit dem leeren Stuhl, bei dem der Klient wichtige Personen seines Lebens oder Anteile seiner selbst

auf einem leeren Stuhl vor sich Platz nehmen lässt, sie direkt anspricht und dann Stühle und Rollen wechselt. Daraus ergibt sich ein therapeutischer Dialog.

An der Gestalttherapie zeigt sich die neue Therapeutenrolle der Humanistischen Psychologie. Der Therapeut ist nicht mehr der wissende Arzt der psychoanalytischen Tradition, sondern Wegbegleiter. Das Prinzip der „Continuing Awareness“ (Perls 1969, 71) aus Gindlers Erbe macht die Therapie zu einer gemeinsamen Reise, in der Entdeckungen von Moment zu Moment gemacht werden.

Das analytische Prinzip einer verdrängten Lebensgeschichte findet sich in den Gestalten, die aus dem Hintergrund in den Vordergrund drängen, wieder. Die Herangehensweise hat sich jedoch sichtbar vom analytischen Durcharbeiten und Verstehen wegentwickelt. Ziel ist jetzt vielmehr der spontane, authentische und gefühlsgesteuerte Ausdruck: Loose your mind and come to your senses! Im Gegensatz zu Freuds Ansicht, dass Triebe für die Kulturerhaltung geopfert werden müssen, fordert Perls, soziale Konventionen im Dienste der Selbstfindung über Bord zu werfen und gesunden Egoismus zu entwickeln:

*„I do my thing, and you do your thing.
I am not in this world to live up to your expectations
and you are not in this world to live up to mine.
You are you and I am I.
And if by chance we find each other, it's beautiful.
If not, it can't be helped.“*

(Perls 1969, 24)

4.6 Psychodrama nach Jacob L. Moreno

Der Aspekt des „Körpers in Beziehung“, der ein Aspekt unter vielen in der Tanztherapie ist, steht im Psychodrama im Zentrum. Jacob Levy (Jack) Moreno (1889-1974), der Wiener Arzt und Pionier der Gruppenpsychotherapie (vgl. Hutterer 1998, 197 ff.), sah das Entfaltungspotential des Menschen vor allem in seinen sozialen Rollen und seinem Handlungspotential in der Welt.

Das Psychodrama integriert Anteile der systemischen Familientherapie und der Gestalttherapie, aber auch der Verhaltenstherapie, indem es Wege des lebendigen Lernens durch szenisches Spiel und Darstellung in Bildern und Symbolen anbietet. Im Zentrum der therapeutischen Gruppenarbeit stehen aktuelle oder zurückliegende zwischenmenschliche Konflikte von Teilnehmern, die im Rollenspiel unter Zuhilfenahme von Gruppenteilnehmern als therapeutischen Mit-Schauspielern inszeniert werden. „Die Grundlage des Psychodramas ist das Prinzip der schöpferischen Spontaneität, die ungehinderte Teilnahme aller Mitglieder der Gruppe an der dramatischen Produktion und Handlungskatharsis.“ (Moreno 1973, 18).

Das Psychodrama ist eine Therapie *in* der Gruppe, *durch* die Gruppe und *der* Gruppe. Es hilft dem Einzelnen, seinen Platz (d. h. seine Rolle, Funktion, Position, Status) in einem sozialen Gefüge zu erkennen und sich mit Hilfe der anderen Teilnehmer aus Rollenfixierungen zu lösen. Der Rollentausch im Psychodrama erlaubt einen Perspektivenwechsel, durch den man sich in ein fremdes und vielleicht befremdliches Gegenüber hineinversetzen kann und der das eigene Handlungsspektrum und die Integration noch ungelebter eigener Anteile fördert. So findet eine Erweiterung des Repertoires von Verhalten, Affekt und Erleben statt und es wird eine Andersbewertung von Situationen ermöglicht. Im Psychodrama wird also zentral mit dem sozialen Körper gearbeitet, dem Körper in Begegnung und Beziehung. Anders als der Encounter, der Konfrontation fördert, setzt das Psychodrama auf Erleben und Umlernen auf einer realen Bühne, bei der das Einnehmen und Verlassen von Rollen im Vordergrund steht.

4.7 Open Encounter nach Will Schutz

Das Wort Encounter stammt aus der existenziellen Philosophie und bedeutet Begegnung. Ein Encounter ist zum einen ein Treffen von Menschen, das von Offenheit, Ehrlichkeit und Direktheit geprägt ist, zum anderen ist es eine ehrliche Konfrontation mit sich selbst. Deshalb wird der Gruppenencounter auch *Game of no Games* genannt: Ein Spiel, bei dem keine Spielchen gespielt werden.

Der *Open Encounter*, die bekannteste Encounterform, wurde von dem Harvard Psychologen Will Schutz (1925-2002) in den 1960er Jahren in Esalen / Big Sur entwickelt. Die Teilnehmer sitzen in einem Kreis, aber auf dem Boden auf Kissen, da Körperausdruck und Affekte eine zentrale Rolle spielen und Mobilität erfordern.

„Encounter ist eine Methode des menschlichen Umgangs miteinander, basierend auf Offenheit und Ehrlichkeit, Selbst-Bewusstheit, Selbst-Verantwortung, Bewusstmachung des Körpers, Aufmerksamkeit für Gefühle und eine Betonung des Hier-und-Jetzt. Es findet üblicherweise in Gruppen statt. Encounter ist eine Therapie, insofern als es sich darauf konzentriert Blockaden zu beseitigen, um besser zu funktionieren. Encounter ist Bildung und Erholung, insofern als es versucht, Bedingungen herzustellen, welche die persönlichen Fähigkeiten maximal hervorbringen.“ (Schutz 1972, 3, Übersetzg.)

Die Gruppenleitung – dies kann ein Therapeut sein, sie kann aber auch abwechselnd von Gruppenmitgliedern repräsentiert werden – dirigiert das Geschehen dahin, wo „Energie“ ist, das heißt wo Teilnehmer starke Affekte haben, körperliche Sensationen, ein nicht nur kognitives Anliegen, dahin, wo sich etwas bewegen will. Der Therapeut arbeitet in der Regel mit nur einem oder zwei Teilnehmern, wobei die übrigen Teilnehmer eventuell zum Rollenspiel herangezogen werden oder auch spontan eingreifen können, wenn beim Zusehen starke Affekte für sie auftauchen. Dies führt zu einem sehr intensiven und für alle Beteiligten unvorhersehbaren Prozess, bei dem Methoden der Gestalttherapie, des Psychodramas, der Primärtherapie und der Bioenergetik eingesetzt werden.

Unter der Prämisse von ehrlichem und direktem Austausch – Say what you mean and mean what you say! – kommen Teilnehmer in Kontakt mit ihrem wahren Selbst (Rowan 2001, vgl. Masterson 1988). Der Ausdruck unkompromittierter Authentizität ist ein befreiender Akt und löst intensive Freude aus, weshalb Schutz Gruppen auch *Joy Groups* genannt wurden. Diese Freude lässt sich laut Encounterkonzept jedoch nicht per Abkürzung erreichen, wie durch Appelle, doch lieb und friedvoll miteinander zu sein. „We are not in the peace and love game, we are in the reality game; and if we do justice to the

reality and the real self, joy will come in due course, in its own way.“ (Rowan 2001)

Deshalb gehen der Freude oft intensive affektive Prozesse und Auseinandersetzungen voran. Hier wird dasselbe Prinzip wie in der Dynamischen Meditation, beim Bonding und in der Bioenergetik angewandt: dass erst durch ein Aufbrechen der Abwehrmechanismen ein freier Fluss von Liebe möglich wird. „And after hitting each other they would cry and weep, and great compassion would come out.“ (Osho 2000, 241) Der Encounter setzt in gewisser Weise am sozialen Charakterpanzer des Menschen an und fördert die Begegnungsfähigkeit: „Die Starre des Charakters lässt uns immer auf gleiche Weise reagieren, als hätte sich seit der Kindheit nichts geändert. Statt zur Aggression, statt zur Begegnung mit der Welt benutzen wir in der Folge unsere Muskeln zur Isolation, zum Rückzug von der Welt.“ (Büntig 1993, 79)

Der *Hot Seat* ist eine besondere Methode des Encounters, bei der die Gruppe einem Teilnehmer zunächst ihr negatives Feedback und dann ihr positives Feedback gibt. Das Feedback wirkt nicht nur auf den Empfänger, sondern fördert die Selbstaktualisierung des Gebers, was Hauptziel des Encounters ist. „Jemand der ein Feedback gibt, kommt in Kontakt mit seinen eigenen flüchtigen Reaktionen, die angesichts normaler sozialer Konventionen verworfen werden, denn sie werden nur selten verbalisiert. [Das Feedback] setzt einen Prozess in Bewegung, bei dem man sich selber besser kennenlernt.“ (Stoller 1969, 89, Übersetzg.) Will Schutz betont, dass die weitverbreitete Angst vor der radikalen Ehrlichkeit des Encounters unbegründet ist: „Auf einen Menschen zuzugehen, mit der Absicht wirklich ehrlich zu sein, ist so ähnlich, wie eine kalte Dusche zu nehmen. Die Vorstellung ist beängstigend, der erste Eindruck schockierend und das Ergebnis erfrischend, reinigend und belebend.“ (Schutz 1972, 100, Übersetzg.)

Der Encounter hat mehr noch als Gestalttherapie oder Psychodrama den Anspruch, die sozialen Erstarrungen zu lösen und die eigene Authentizität auch in Gruppen zu finden und zu bewahren. Die befreiende Körperlichkeit wird

erstmalig auch aggressiv gegen Gruppenmitglieder eingesetzt, bzw. sinnlich mit ihnen ausgelebt, und der Therapeut verlässt sogar zeitweise seine Rolle, übergibt die Leitung an Gruppenmitglieder oder setzt sich selber in den *Hot Seat*. Fast alle Regeln und Grenzen der Psychotherapie werden in diesem Verfahren in Frage gestellt: „The encounter group is essentially an experiment with freedom.“ (Thomas 1969, 77)

5 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der körperpsychotherapeutischen Verfahren

Im vorangegangenen Kapitel wurde deutlich, wie sehr die KPT-Verfahren trotz unterschiedlicher Wurzeln in wechselseitiger Beeinflussung entstanden sind. Dieses Nebeneinander von sowohl divergenten wie auch sich überschneidenden Theorien und Praxeologien stellt unser Bedürfnis nach Kategorisierung auf eine harte Probe. So stellen Marlock und Weiss, die in ihrem Handbuch der Körperpsychotherapie einen Versuch unternehmen, dem weiten Spektrum des Feldes gerecht zu werden, fest: „Die Körperpsychotherapie an sich gibt es eigentlich nicht.“ (Marlock/Weiss 2006a, 5)

Im Versuch, dennoch Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu definieren, hat Ulfried Geuter historisch verbindende Elemente herausgearbeitet und kam zu dem Ergebnis: „In ihrer langen Geschichte behielten die verschiedenen Richtungen der KPT weitgehend eine theoretische Anbindung an die psychoanalytische Theoriebildung bei. Man kann daher die Körperpsychotherapie zum Bereich der ‚tiefenpsychologischen Psychotherapie‘ zählen.“ (2006a, 118) Andere fordern, überbrückende Theorien zu finden, auch um sich gegenüber den etablierten Verfahren behaupten zu können. Marlock spricht bei aller Vielfalt von einem „Mangel an einheitlicher Theorie und theoretischer Kohäsion“ (Marlock/Weiss 2006a, 4) und beklagt: „Was sich eingeschlichen hat, sind vortheoretische Stimmungslagen, nach denen ein guter Kliniker einer ist, der sich beschränkt und seinem Handwerk nachgeht und keine zugrundlegenden Fragen an die eigene Profession stellt. Die größeren Zusammenhänge, das ‚Ganze‘ ist keine attraktive Adresse mehr.“ (Marlock, 2003) Körperpsychotherapeuten wie Nick Totton wehren sich jedoch gegen eine politisch motivierte Vereinheitlichung und fordern eine prozesshafte, gemeinsame Identitätssuche. Totton schlägt vor, sich nicht dem äußeren Druck anzupassen, und sich nicht zu verstellen, um respektiert zu werden. Stattdessen solle man die Unstimmigkeiten offenlegen, im Wissen, dass wenn

man sie erkannt und verstanden hat, authentische Kohärenz folgt. (Vgl. 2002, 222) Totton findet es nicht hilfreich, „so zu tun, als ob eine einzige, generische Psychotherapiepraxis existiere, bei der das Spektrum der bestehenden Ansätze nur kleine Variationen darstellt – Falten und Farbnuancen, die auf eine im Grunde einheitliche Praxis aufgetragen werden.“ (2002, 202 f., Übersetzg.) Er stellt die Frage, ob sich nicht sehr unterschiedliche Formen der körperpsychotherapeutischen Arbeit zusammengeschlossen haben, „to circle the wagons“ (ebd. 203) wie er im Siedler-Jargon ausführt: um dem externen Druck standhalten zu können.

Seine Behauptung, dass sich die KPT Verfahren nicht aufgrund eines gemeinsamen Modus vereinen, „sondern wegen des gemeinsamen Faktors in unserer Arbeit, der anderer Leute Kritik und Verdächtigungen hervorruft“ (ebd. 203, Übersetzg.) ist sicherlich berechtigt: ein einziger gemeinsamer Modus widerspräche auch der Vielfalt. Es gibt aber gemeinsame Faktoren, und der grundlegende gemeinsame Nenner aller KPT-Verfahren ist ihr ganzheitliches Menschenbild.

5.1 Das ganzheitliche Menschenbild der Körperpsychotherapie

Das ganzheitliche Menschenbild – um es vereinfacht zu beschreiben – geht von der Untrennbarkeit von Körper und Geist aus. Im Sinne Merleau-Pontys repräsentiert der Körper eine präreflexive Einheit, die auch durch die Körper-Geist-Spaltung hindurch bestehen bleibt: Den Getrenntheiten des denkenden Ichs liegen die Ungetrenntheiten des leiblichen Ichs zugrunde. (Seewald 1996b, 31)

Diese ganzheitliche Betrachtungsweise impliziert, dass alle Lebenserfahrungen sowohl Psyche als auch Körper prägen. Auf körperlicher Ebene spiegeln sie sich in Körperstruktur, Haltung, Bewegung und in Atemmustern wieder: „Der Leib macht nicht nur Erfahrungen in dem Sinne, dass er sie transportiert, er *ist* diese Erfahrung.“ (Lowen 1988, 41) Freud sagte, dass das Ich vor allen Dingen ein körperliches sei (Freud 1999, Band XIII, 253) und Alexander Lowen

bezeichnete den Körper als einen „fleischgewordenen Geist“ (Lowen 1991, 231). George Downing spricht von affektmotorischen Schemata, die sich von Geburt an im Zusammenspiel der sensorischen, motorischen, affektiven und kognitiven Ebenen entwickeln. So werden in den körperlichen Handlungen jedes Menschen motorische Überzeugungen sichtbar, die er als Kind aufgrund seines emotionalen und kognitiven Erlebens gebildet hat (vgl. Downing 1996). Jede menschliche Störung zeigt sich daher immer auf physischer wie auch psychischer Ebene: „The common underlying assumption between the many different branches (or modalities) of Body-Psychotherapy is...that the body is the whole person and there is a functional unity between mind and body. The body does not merely mean the ‘soma’ and that this is separate from the mind, the ‘psyche’. Many other approaches in Psychotherapy touch on this area. Body-Psychotherapy considers this as fundamental.“ (Young 2009)

Die Frage, ob Psychotherapie ohne Einbeziehung des Körpers überhaupt sinnvoll ist, wird demnach von den Körperpsychotherapien verneint (Röhrich 2000, 25-47): „So bietet die emotionale und körperbezogene Reaktivierung der frühen Erfahrungen die beste – vielleicht auch die einzige – Möglichkeit für eine angemessene, therapeutische Durcharbeitung.“ (Maaz 2001, 31) Im Mittelpunkt der körperpsychotherapeutischen Arbeit steht der subjektiv erlebte Körper, der Erinnerungen speichert und sich in Beziehungen ausdrückt: Berührung, Atemarbeit und Bewegung sind wichtige Elemente der Therapie. Über Gefühle wird weniger gesprochen, es wird vielmehr die Möglichkeit gegeben, diese direkt zu erfahren und auszudrücken. Was die körperpsychotherapeutischen Methoden eint, „ist eine an der Ganzheit orientierte Perspektive, in der neben den psychischen Dimensionen menschlichen Erlebens und menschlicher Erfahrung die körperliche Dimension gleichwertige Beachtung findet. [...] Dass menschliche Subjektivität verkörpert ist, kann als Grundaxiom der Körperpsychotherapie betrachtet werden.“ (Marlock/Weiss 2006a, 7)

Marlock und Weiss (2006a, 8 ff.) benennen vier Annahmen, die allen Verfahren zugrunde liegen:

1. Körper und Psyche sind untrennbar.

2. Prägende Lebenserfahrungen hinterlassen im Körper Spuren, die als Charakterstrukturen (Reich), als affektmotorische Schemata (Downing), oder Verwicklungen (von Uexküll) bezeichnet werden.
3. Die psychische Ebene kann durch die körperliche Ebene berührt und verändert werden.
4. Die körperpsychotherapeutische Arbeit basiert auf dem Vertrauen in das Selbstregulations- und Entfaltungspotenzial des Menschen.

Die praktische Umsetzung dieser gemeinsamen Annahmen charakterisiert die Unterschiede zwischen den KPT-Verfahren.

5.2 Gibt es eine Landkarte der Körperpsychotherapie? – Ansätze zur Kategorisierung

Als die vorliegende Arbeit noch in ihren Kinderschuhen steckte, hatte ich für dieses Kapitel eine Landkarte geplant. Meine Vorstellung war, dass man sich nach dem Lesen mit einem satten Gefühl zurücklehnen könnte und eine Handvoll Oberbegriffe mit nach Hause nehmen würde, unter denen alle Verfahren wiederzufinden wären. Die Tatsache, dass eine solche umfassende Landkarte noch nicht existiert, hätte mich warnen sollen. Die Möglichkeiten der Systematisierung sind schier endlos und so sind mit den vorliegenden Kategorisierungen verschiedener Autoren lediglich unterschiedliche Blickrichtungen auf das weite Feld der KPT möglich.

Wie Nick Totton treffend formuliert: „Die Theorie und klinische Praxis der Körperpsychotherapie ist undurchdacht, eine Mischung aus ‚Was-Auch-Immer-Wirkt‘-Improvisationen, Notfalllösungen, die permanente Lösungen werden, und tief eingebettete Tradition, die sich weit von ihrer ursprünglichen Begründung entfernt hat.“ (Totton 2002, 214, Übersetzg.) So unprofessionell dies klingen mag, die Körperpsychotherapie wird durch dieses uneinheitliche und intuitive Vorgehen der Begegnung mit dem verkörperten Unbewussten am besten gerecht.

Die mangelnde konzeptionelle Aufarbeitung vieler Verfahren schafft zudem eine Situation, in der man KPT-Verfahren eigentlich am eigenen Leib kennen gelernt haben muss, um eine Aussage über sie machen zu können. Dies wiederum macht derzeit eine lückenlose Darstellung der körperpsychotherapeutischen Landschaft durch einen Einzelnen nahezu unmöglich.

Die Blickrichtungen oder Kategorisierungen, die hier vorgestellt und diskutiert werden sollen, wurden nach folgenden Kriterien erstellt:

1. Strömungen gemäß ihrer Wurzeln und Orientierung (Geuter, Röhricht, Wolf)
2. Kategorien subjektiven Körpererlebens (Schatz)
3. Polaritäten der Konzeption und Arbeitsmodi (Marlock/Weiss)
4. Voneinander abgrenzbare Arbeitsmodelle (Totton)
5. Therapeutische Indikation bei verschiedenen Strukturniveaus (Galuska/Galuska)

Eine tabellarische Übersicht findet sich am Ende des Kap. II, 5.2 (Übersicht 1a und b). Um einen besseren Gesamteindruck über die Blickrichtungen zu erhalten, wurden dort den einzelnen Kategorien Beispielf Verfahren zugeordnet, die zum Teil vom Autor selbst genannt, zum Teil auch von mir ergänzt wurden.

Es existieren noch weitere Modelle, wie die Abgrenzung von Physiotherapie zu Psychotherapie (vgl. Hölter 1993), die therapeutische Indikation bei verschiedenen Krankheitsbildern (vgl. Röhricht 2006b) und die Unterteilung gemäß Arbeitsebenen (Schmidt-Zimmermann 2006, 568 ff.). Da diese jedoch entweder nur für die Arbeit mit klinischen Störungsbildern Relevanz besitzen oder zu unergiebig sind, werden sie hier nicht vorgestellt.

Strömungen gemäß ihrer Wurzeln und Orientierung (Geuter, Röhricht, Wolf)

Frank Röhricht unterscheidet vier große Strömungen, deren Entwicklungsgeschichte und Orientierung die Arbeitsweisen ihrer Verfahren prägen. (Röhricht 2000, 13) Die ersten beiden Strömungen gehen auf die Lebensreformbewegung zurück, die dritte und vierte auf die Psychoanalyse. Innerhalb der vier Strömungen führt Röhricht sowohl Körpertherapien als auch Körperpsychotherapien an, wovon hier nur letztere Erwähnung finden und solche, die gemäß Röhricht beiden Kategorien angehören.

1. Aus der **wahrnehmungsorientierten Strömung**, gingen unter anderem die Konzentrative Bewegungstherapie (Helmuth Stolze) und das Hakomi (Kurtz) hervor. Marlock zählt zu den spürenden Verfahren, denen „sinnliche Selbstreflexivität“ (2006c, 400) zugrundeliegt, außerdem die Gestalttherapie (Perls), die Integrative Leibtherapie (Petzold) und die Unitive Körperpsychotherapie (Stattmann).
2. Im Zentrum der **bewegungs- / handlungsorientierten Strömung**, zu der die Tanztherapie und alle Bewegungstherapien¹⁸ gehören, steht der sich bewegende und expressive Körper.
3. Zur **affekt- / energieorientierten Strömung** zählen vor allem die neo-reichianischen Verfahren, deren Hauptvertreter die Bioenergetik, Biodynamik und Biosynthese sind (vgl. Röhricht 2000).¹⁹ Wilhelm Reichs Körperbild vom Körper als Mittel und Ort der Verdrängung von Affekten prägte auch Verfahren wie Core Energetics (John Pierrakos), Bonding (Daniel Casriel) und die Bewegungsmeditationen (Osho).
4. Die analytische Körperpsychotherapie, welche zentral ist für die **beziehungsorientierte bzw. dialogische Strömung**, ist im Prinzip eine Psychoanalyse auf der Couch unter Einbeziehung von Berührung, Bewegung und Körper, und zwar auch im Raum. Ihre bekanntesten Vertreter sind Tilmann Moser, Günter Heisterkamp und Joachim Maaz.

¹⁸ Zu diesen gehört meines Erachtens auch die Mototherapie.

¹⁹ Ihr Begründer David Boadella widerspricht dieser Zuordnung jedoch, und sieht die Biosynthese als ein die vier Kategorien von Röhricht überbrückendes Verfahren. (Boadella 2000, 145)

Röhricht führt in dieser Rubrik auch das Psychodrama an, das ich dort nicht verorten würde.

Das Vorbild zu Röhrichts Einteilung liefert Ulfried Geuters Entwurf von drei Strömungen (1996, 2000b, 1178). In Geuters Entwurf sind die ersten beiden Strömungen von Röhricht noch eine Strömung, die er als funktional oder bewegungsorientiert bezeichnet. Mir erscheint eine Trennung der Gindlerarbeit und der Tanztherapie, wie Röhricht sie vornimmt, jedoch sinnvoll: Zum einen weil die Tanztherapie seit jeher auf Eigenständigkeit bestanden hat, des Weiteren wurde die Tanztherapie von der Humanistischen Psychologie in einem emotional expressiven Ansatz bestärkt. Die KBT dagegen steht in der Gindlertradition und orientiert sich durch Helmuth Stolzes Prägung stark an der Psychoanalyse, so dass man eigentlich von zwei unterschiedlichen Strömungen ausgehen muss: Der handlungsorientierten und der wahrnehmungsorientierten.

Sowohl Geuter als auch Röhricht betonen, dass mit dieser Einteilung nur Akzente gesetzt werden können, da viele Verfahren übergreifend arbeiten: Die Tanztherapie beschäftigt sich auch mit analytischen Aspekten in der Bewegung, die analytische KPT fördert auch Affektausdruck und vieles andere mehr. Das bedeutet, dass die Strömungen zur Orientierung dienlich sind, dass aber der Versuch einer Einordnung aller Verfahren in dieses System keinen Erkenntnisgewinn bringen würde. Es wäre ähnlich unergiebig, wenn man die Weltbevölkerung drei Hautfarben zuordnen würde: Jegliche kulturelle Nuance ginge verloren.

Was beiden Ansätzen fehlt, ist eine sinnvolle Verortung der körperorientierten Verfahren mit Ursprung in der Humanistischen Psychologie, die ich als eine zentrale Quelle in der Geschichte der Körperpsychotherapie sehe. Die fehlende Verortung liegt wahrscheinlich an der unklaren Abgrenzung der körperorientierten Psychotherapie zur Körperpsychotherapie. Die Grenze zwischen KPT und körperorientierter Psychotherapie ist – wie schon in Kap. II. 2 ausgeführt – fließend und meines Erachtens auch irrelevant. Alle Verfahren der körperzentrierten Psychotherapie stammen aus der humanistischen

Tradition, weshalb ich eine Erweiterung der Modelle von Geuter und Röhrich um eine fünfte Strömung vorschlagen würde: Die *selbstaktualisierende* Strömung.

Zur ***selbstaktualisierenden Strömung*** zählen alle aus der humanistischen Psychologie hervorgegangenen, körperorientierten Verfahren. Diese übernahmen vor allem Aspekte der wahrnehmungsorientierten und affektorientierten Tradition, am sichtbarsten zeigt sich in ihnen jedoch die ganz eigene Haltung der humanistischen und transpersonalen Psychotherapie (vgl. Kap II, 3.3): Die meisten Verfahren der selbstaktualisierenden Strömung werden in Gruppen praktiziert, mit dem Therapeuten als einem empathischen Begleiter. Ihr vorrangiges Ziel ist Selbstaktualisierung und Bewusstseinsweiterung. Zu diesem Zweck werden häufig spirituelle Praktiken integriert und existenzielle Themen körpernah exploriert. Diese Aspekte finden sich so in keiner der anderen Strömungen.

Langfeld und Rellensmann verorten in ihrer Genealogie der „Verbindungen innerhalb und mit der Humanistischen Psychologie“ (2006, 85) innerhalb des Feldes „Humanistische Psychologie“ verschiedene Verfahren, von denen die folgenden aufgrund ihrer Körperorientierung zur selbstaktualisierenden Strömungen zählen:

- *Gestalttherapie* (F. u. L. Perls) (vgl. Kap. II, 4.5)
- *Psychodrama* (J. L. Moreno) (vgl. Kap. II, 4.6)
- *Focusing* (E. T. Gendlin), das als wahrnehmungsorientiertes Verfahren den „felt sense“, die körperliche Resonanz zu einer Situation im Körper, erkundet (Gendlin 2007; vgl. auch Eberwein 2009, 77 ff.).
- *Encounter* (W. Schutz) (vgl. Kap. II, 4.7)
- *Lomi* (R. Hall), ein wahrnehmungsorientiertes Verfahren, das Meditation mit gestalttherapeutischen und reichianischen Aspekten kombiniert (Hall 1997).

Außerhalb dieses Feldes siedeln die Autoren unter anderem Begründer körperpsychotherapeutischer Verfahren an, die von der Humanistischen Psychologie beeinflusst wurden. Einige ihrer Verfahren gehören meines Erachtens in das Feld der Humanistischen Psychologie und zählen damit ebenfalls zur selbstaktualisierenden Strömung. Dies sind im Folgenden:

- Die *Integrative Body Psychotherapy* nach J. L. Rosenberg. Rosenberg wurde in Esalen ausgebildet und nannte sein Verfahren zunächst „Gestalt Body Psychotherapy“ bevor er sich psychoanalytisch und reichianisch weiterbildete und auch noch andere Methoden in seine Arbeit integrierte (Rosenberg 1989).
- Die *Unitive Körperpsychotherapie* (J. Stattman), die Anfang der 1970er Jahre aus verschiedenen Traditionen und vor allem gestalttherapeutischen Aspekten begründet und nach dem frühen Tod von Stattmann federführend von Gustl Marlock weiterentwickelt wurde (Marlock 1996).
- Das *Hakomi* (R. Kurtz), das wahrnehmungsorientiert arbeitet und auch transpersonale Aspekte behandelt (Kurtz 1994).
- Die *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (IBT)* nach H. Petzold (vgl. Kap. II, 4).

Röhrich (2000, 71) benennt außerdem die folgenden körperorientierten, humanistischen Verfahren, die alle Kriterien der selbstaktualisierenden Strömung erfüllen:

- Das *Holotrope Atmen* (S. u. C. Grof) (vgl. Kap. II, 4.4)
- Das *Rebirthing* (L. Orr), ebenfalls ein Verfahren der Atemtherapie, mit dem traumatische Geburtserlebnisse bearbeitet werden sollen (Orr/Halbig 1996).
- Die *Primärtherapie* (A. Janov) (vgl. Kap. II, 4)
- Das *Bonding* (D. Casriel), das Praktiken der Primärtherapie mit Aspekten der Psychoanalyse und Bindungsforschung verbindet.

Etliche dieser Verfahren wurden inzwischen weiterentwickelt oder in neue, weniger bekannte Verfahren integriert, die hier keine Erwähnung finden. Die meisten der genannten, selbstaktualisierenden Verfahren entstanden in den 1960er und 70er Jahren, viele haben ihre Wurzeln in Esalen / Big Sur.

In Poona / Indien wurde zur selben Zeit eine große Vielfalt an Therapieprozessen entwickelt, die durchaus in die selbstaktualisierende Strömung passen. Auch sie integrieren Aspekte der affektorientierten und wahrnehmungsorientierten Tradition und verknüpfen Meditation mit Therapie. Die bekanntesten unter ihnen sind: *Men's and Women's Liberation* (eine Weiterentwicklung der Primärtherapie durch tantrische Lehren) und über den Körper angestoßene, wahrnehmungsorientierte Prozesse zu existenziellen Fragen (z. B. *The Art of Dying; Who is in?; Path of Love*). Es entstanden ferner viele Meditationen, bei denen die Grenze zur Psychotherapie verschwimmt, da der Gruppentherapeut die oft intensiven, primärtherapeutischen oder kathartischen Prozesse der „Meditierenden“ begleitet und unterstützt (*Mystic Rose; Born again; No Mind*). All diesen Prozessen aus der sogenannten Sannyas-Bewegung Oshos fehlen jedoch ein konzeptionelles Fundament und eine theoretische Ausarbeitung, so dass man sie nicht als Verfahren bezeichnen kann.

Die Liste der Verfahren in der selbstaktualisierenden Strömung kann mit Sicherheit in Frage gestellt oder auch erweitert werden, ebenso wie die Schaffung einer fünften Strömung per se. Eine entsprechende Diskussion im Fachdiskurs wäre wichtig und wünschenswert.

Kategorien subjektiven Körpererlebens (Schatz)

Schatz kritisiert an den gängigen Klassifikationen, dass sie vom Körper als Objekt ausgehen und entwickelte beschreibende Kategorien, die vom subjektiven Körpererleben ausgehen. (vgl. Schatz 2002) Er unterscheidet hierzu zunächst sieben Perspektiven, die er in einem zweiten Schritt Geuters drei Strömungen zuordnet:

1. Die **medizinisch-biologische Perspektive**: Hier steht der *objektive* Körper im Zentrum der Betrachtung. Es geht weniger um das Leib-Sein als um das Körper-Haben, und zwar in Kategorien von gesund versus krank. Der Körper wird als Gegenstand einer Behandlung gesehen, dementsprechend werden Atmung, Haltung und Bewegung vor allem im funktionellen Sinn behandelt.
2. Die **individuale Perspektive**: Beim *subjektiv* erlebten und expressiven Körper geht es um die Innenperspektive auf das Erleben und den Ausdruck desselben. Die individuelle Perspektive zeigt sich in Haltung, Gestik, Mimik, Verspannungen, Atmung, in Körperempfindungen wie Strömungsgefühlen sowie in Phänomenen des Gesamterlebens wie Gefühle, Gedanken und Bilder.
3. Die **räumliche Perspektive** erfasst den Körper und die Bewegung im Raum. Zur Raumwahrnehmung und Bewegungslust kommen Elemente ins Spiel wie: Sich Aufrichten, Laufen, Gehen, auf etwas Zugehen, Weggehen, Zurücktreteten, Fallen, Tasten, Stoßen, Drücken. Wie alle in diesem Ansatz aufgeführten Phänomene, lässt sich auch die räumliche Perspektive unter dem Blickwinkel anderer Perspektiven betrachten: Bewegung kann aus medizinischer Sicht anatomisch betrachtet werden oder aus der individuellen Sicht mit Bedeutung versehen werden.
4. Die **chronologische Perspektive**: Der Körper als Träger von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Schatz führt hierzu die Körpererinnerung und körperliche Lerngeschichte als Träger der Vergangenheit und das aktuelle Körpererleben als Gegenwartsbarometer an. Ferner formuliert er die These, dass in der Bewegung immer auch die Zukunft präsent sei: „So ist Bewegung immer mit der Zukunft verknüpft und ohne Zeitdimension nicht möglich.“ (Schatz 2002, 79) Als Beispiele nennt er „körperliches Ahnen, etwas erreichen wollen, körperliches Antizipieren und körperliches Suchen“ (2002, 79).²⁰

²⁰ Mir stellt sich die Frage, ob die Zukunftsdimension wirklich im Körper eingebettet ist oder ob Impulse wie das „Etwas-Erreichen-Wollen“ nicht eher körperliche Umsetzungen von kognitivem Planen und Antizipieren sind. Das, was sich als leibliches Ahnen und Suchen in der Bewegung äußert, ist vielleicht eher der inhärente Drang zu Selbstverwirklichung, Selbstrealisation und Ganzheit. Ich bin der Ansicht, dass ungelebte Anteile und Schattenseiten nach oben drängen und (im Hier und Jetzt!) gelebt werden wollen, doch die Realisation gestaltet sich als

5. Die **relationale Perspektive**: „Beziehung konstituiert sich unmittelbar körperlich.“ (Schatz 2002, 79) Der Körper erfüllt in der Beziehungsgestaltung mehrere zentrale Funktionen. Dazu gehören komplexe nonverbale Signale, Körperphänomene, die uns als diagnostisches Instrument dienen, und die interaktive und dialogische Zwiesprache von Körpern. „Beziehung ist ohne körperliches Erleben nicht denkbar. Der Körper ist ein Beziehungsinstrument und damit auch relational zu verstehen.“ (Schatz 2002, 79) Zur relationalen Perspektive gehört auch der Aspekt der Berührung. Sowohl Berührung, wie auch Nicht-Berührung oder Berührt-Werden ist Teil jeder Beziehung und äußert sich in Distanz, aggressivem Wegstoßen, Aufeinanderzugehen, Raufen und Umarmen bis hin zum Eindringen in der Sexualität. Die körperliche Beziehungsgestaltung Erwachsener ist in den westlichen Kulturen weitgehend auf Sexualität reduziert, und stellt daher an die körperpsychotherapeutische Praxis ganz besondere Anforderungen.
6. Die **autonome Perspektive**: Bei körperlichen Prozessen des Überlassens wird auf Kontrolle von Körper und Bewegung bewusst verzichtet und man gibt Impulsen nach, die von innen kommen. Bewegung kann sowohl langsam ausgeführt werden, als auch automatisch ablaufen, wodurch sich die einzelnen Bewegungsschritte der bewussten Wahrnehmung entziehen. In der autonomen Perspektive überwiegt damit die Beteiligung des Unbewussten. Hier zeigen sich Phänomene wie ein schneller und spontaner Wechsel von Affekten (z. B. vom Weinen zum Lachen), Strömungsgefühle, ein durch therapeutische Prozesse ausgelöstes Muskelzittern und auch kathartische Entladungen.
7. Die **kreative Perspektive**: Der schöpferische Körper bringt Persönliches gestaltend zum Ausdruck und symbolisiert somit. Dies kann akustisch über Sprache und Stimme geschehen, visuell über Malen oder Gestalten und kinästhetisch über Tanz und Pantomime. Über die Gestaltung lassen sich psychische Vorgänge symbolisieren, aber auch der Körper selbst

hürdenreicher Prozess und deshalb ergibt sich eine Zeitachse. Der Körper und unser Erleben sind zwar geprägt von der bereits gelebten Zeit, aber sie existieren immer nur im Jetzt.

kann Gegenstand der Betrachtung sein und durch den Prozess der Darstellung wiederum das Körpererleben beeinflussen und verändern.

Anhand dieser Perspektiven sollen sich Geuters Hauptströmungen differenzierter als bisher beschreiben lassen, indem sich für jede Strömung eine unterschiedliche Kombination von Perspektiven ergibt. So findet sich laut Schatz bei allen drei Strömungen die medizinisch-biologische Perspektive, insofern als sie „die Dichotomie krank und gesund übernehmen“ (2002, 80).²¹ Die kreative Perspektive wird vor allem von der Tanztherapie und dem Psychodrama berücksichtigt und die relationale Perspektive wird in der analytischen Körperpsychotherapie zentral thematisiert (ebd. 77). Aus umgekehrter Sichtweise lassen sich in der funktionalen oder bewegungsorientierten Strömung (gemäß Geuter) alle Perspektiven bis auf die biologische und die relationale finden. In der energetischen Strömung finden sich weder die relationale, noch die kreative oder die räumliche Perspektive und die auf Ferenczi zurückgehende dialogische Strömung lässt konzeptionell die räumliche und die kreative Perspektive außer Acht.

Das Erleben des Körpers als Kriterium einer Kategorisierung stellt meines Erachtens einen wichtigen Perspektivenwechsel dar, mit dem Versuch einer Passung der Perspektiven auf drei KPT-Strömungen sind jedoch Verallgemeinerungen vorprogrammiert. Wie schon zuvor erörtert bestehen die Strömungen nicht aus einer homogenen Gruppe von Verfahren. Um ein Beispiel zu nennen: Wenn man gemäß Schatz die relationale Perspektive aus der bewegungsorientierten Strömung ausschließt, ignoriert man damit die wichtige Therapeuten-Klienten-Beziehung der analytischen Tanztherapie und der KBT. Umgekehrt lässt sich von kaum einem Verfahren sagen, dass eine der Perspektiven gar nicht existiert. Wo man die Grenze zieht – ausgerichtet an theoretischen Begründungszusammenhängen oder anderen Kriterien – ist eine schwierige Entscheidung. Wenn man jedoch auf den Versuch einer klaren

21 Diese Perspektive wird in ihren theoretischen Begründungszusammenhängen genaugenommen nur von der energetischen Linie aufgegriffen, die mit ihrem Energiebegriff als – so Schatz – „Teil eines pseudonaturwissenschaftlichen Biologismus“ (2002, 81) gleichzeitig mit der medizinischen Perspektive bricht.

Zuordnung von Perspektiven und Strömungen verzichtet, kann man die Perspektiven gut auf einzelne Verfahren anwenden, und zwar am besten im Sinne einer Verortung auf einem Spektrum.

Polaritäten der Konzeption und Arbeitsmodi (Marlock/Weiss)

Marlock und Weiss haben als erfahrene Körperpsychotherapeuten ein den Fachdiskurs sehr bereicherndes Modell vorgestellt: Es wurden sechs Polaritäten herausgearbeitet, zwischen denen sich alle Verfahren auf einem Spektrum verorten lassen (Marlock/Weiss 2006a, 9 ff.). Die Pole sind konzeptionelle Positionen oder Arbeitsmodi:

Behandlung* versus *phänomenologische Orientierung / Lernen

Während sich vor allem die klassische Bioenergetik auf einer Arzt-Patienten-Beziehung begründet (Behandlung), und sich an klassischen Konzepten wie Pathologie, Diagnose und Intervention orientiert, steht bei den meisten anderen Verfahren der explorativ-forschende Prozess im Sinne einer gemeinsamen Suche von Therapeut und Klient im Zentrum.

Energetischer* versus *wissender Körper

Die neoreichianischen Verfahren zielen darauf, den freien Energiefluss durch den Körper mit unterschiedlichen Methoden wiederherzustellen. Der energetisierte, vom Muskelpanzer befreite Körper, wird als gesund angesehen. Dem stellen Petzold und Kurtz den wissenden Körper entgegen: „Das unter ungünstigen Bedingungen erworbene, limitierende und damit psychotherapeutisch relevante ‚Wissen‘ des Körperselbst soll aufgedeckt, in seinen Facetten und seinen Auswirkungen erlebt und durchgearbeitet werden.“ (Marlock/Weiss 2006a, 9)²²

Analytisch-aufdeckend bzw. verstehend* versus *funktional-entfaltend

Mit diesen Polaritäten soll die tiefenpsychologische Grundhaltung von der funktionellen abgegrenzt werden, wie sie eher in den Körpertherapien

²² Es stellt sich mir hier die Frage, ob das Konzept des blockierenden Wissens wirklich Reichs und Lowens Energiekonzept unvereinbar gegenübersteht, oder ob eventuell das oben genannte Wissen die Energieströme des Körpers negativ reguliert.

vorkommt. Hölter und Röhricht haben nach denselben Kriterien Modelle entwickelt, in denen verschiedene Verfahren auf einem Spektrum zwischen Physiotherapie und Psychotherapie (Hölter 1993, 2008) bzw. funktionale / übungszentrierte Körpertherapie versus konfliktorientierte / aufdeckende Körperpsychotherapie (Röhricht 2000, 16) angesiedelt werden.

Schwerpunkt nonverbale Prozesse* versus *Schwerpunkt Dialog

Hier werden am einen Ende des Spektrums Verfahren wie die Tanztherapie oder Vegetotherapie angesiedelt, deren Schwerpunkte auf Bewegung, Selbsta Ausdruck oder Hingabe an autonome Körperprozesse liegen. Am anderen Extrem befinden sich dialogische Verfahren wie die analytische Körperpsychotherapie.

Berühren* versus *Nichtberühren

Am berührungsintensiven Spektrum dieser Dimension finden sich Verfahren wie die Biodynamik, die manipulierende, therapeutische Berührung als zentrales Medium benutzt. Bei anderen Verfahren, in denen das Spüren des Klienten und seine Selbstwahrnehmung im Vordergrund stehen, kann auf Berührung sogar ganz verzichtet werden.

Regression* versus *Arbeit im Hier und Jetzt

Bei Verfahren wie dem Bonding von Daniel Casriel, der Primärtherapie oder auch den Atemtherapien werden gezielt regredierende Techniken eingesetzt, um zu Schlüsselerfahrungen der Kindheit vorzudringen. Affektentladung und Katharsis spielen hier eine wichtige Rolle. Am anderen Pol des Spektrums befindet sich die Gestalttherapie mit ihrem Fokus auf die Gegenwart. Die meisten Verfahren nehmen Zwischenpositionen ein.

Diese Kategorisierung von Marlock und Weiss ist zwar bereits sehr umfassend, aber dennoch ausbaufähig. Weitere Kriterien können hinzugefügt werden; dies ist von den Begründern auch so angedacht.

Voneinander abgrenzbare Arbeitsmodelle (Totton)

Nick Totton unterscheidet drei Modelle, die als Arbeitsmodi Verfahren übergreifend und auch alle innerhalb eines Verfahrens eingesetzt werden, aber nicht zeitgleich praktiziert werden können. (Totton 2002)

1. Adjustment model (Anpassungsmodell)
2. Trauma / Discharge model (Trauma- / Entladungsmodell)
3. Process model (Prozessmodell)

Das **Anpassungsmodell**, das als alleiniges Arbeitsmodell laut Totton nicht mehr akzeptabel ist, stammt aus der reichianischen Arbeit und sieht Therapie gemäß dem medizinischen Modell als eine korrigierende Behandlung: Durch Wiederherstellung eines Energieflusses im Körper saniert sich auch die Seele, die der Therapeut von außen besser beurteilen kann als der Patient.

Nachteile dieses Modells:

- Der Körper steht vorrangig vor der Psyche im Zentrum der Behandlung.
- Fehlende Anerkennung der Dysfunktionen als schützende und expressive Funktionen des Körpers.
- Die Annahme, dass der Therapeut weiß, was am besten für den Patienten ist. Damit läuft das Modell Gefahr, dass Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse übersehen werden: Der Therapeut kämpft um die Heilung des Patienten (anmutige Bewegung, freier Energiefluss), dessen Unbewusstes aber will die wichtige Funktion der Dysfunktion nicht aufgeben.

Totton wählt als Metapher für diese Arbeitsweise: Straightening of a limb (das Richten eines Gliedes).

Das **Trauma- / Entladungsmodell** wurde von Freud und Breuer erstmals formuliert und ist immer noch zentrales Modell vieler Verfahren. Die passende Metapher für dieses Modell wäre die Entfernung eines Splitters. Die Rolle des Therapeuten ist es, die natürliche Heilung eines Traumas zu unterstützen und zu begleiten. In den letzten Jahren wurde die Retraumatisierung – sozusagen

das Herumziehen am Splitter ohne ihn zu ziehen – thematisiert und führte zu einer Umfokussierung auf die Stärken und Selbstheilungskompetenzen des Klienten.

Nachteile dieses Modells:

- Es übersieht Aspekte der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik, indem es den therapeutischen Kontakt selbst nicht ausreichend als eine mögliche Traumawiederholung identifiziert.
- Die derzeitigen Formen des Modells sind auf schwer traumatische Erlebnisse (PTSD) fokussiert und vernachlässigen „das universelle und nicht so lebensbedrohliche Trauma der Sozialisation“ (Totton 2002, 211, Übersetzg.).
- In der Traumarbeit ist es schwer, zwischen Realität und Fiktion zu unterscheiden. Totton führt hierzu allgemein bekannte Rebirthing-Erfahrungen an, die mit der historischen Geburt nicht übereinstimmen.

Das **Prozessmodell** entspricht einem „improvisierten Tanz, bei dem der Therapeut dem Klienten folgt“ (Totton 2002, 211, Übersetzg.). In diesem aus Fritz Perls' Arbeit entstandenen Arbeitsmodus existiert die Vorstellung von Pathologie und Heilung gar nicht mehr. Ron Kurtz, der im Rahmen von Hakomi unter anderem mit dem Prozessmodell arbeitet, hält die Frage nach dem *Warum?* im therapeutischen Prozess für sinnlos. Sein Fokus ist auf dem Erleben des Klienten, und dieses müsse vom Therapeuten überhaupt nicht verstanden werden.

Nachteile dieses Modells:

- Die Gefahr, über tiefliegende Probleme hinwegzugehen, indem der Patient die Richtung bestimmt und er dabei leicht begehbbare Wege wählt und schwierige aber potentiell zentrale Themen vermeidet.

An Reichs Arbeit kann man die in der KPT übliche Co-Existenz dieser drei Modelle deutlich sehen: Reichs Angriff auf den Muskelpanzer lässt sich aus dem Anpassungsmodell heraus verstehen. Die Entstehung der

Muskelblockaden durch Kindheitserlebnisse und ihre Lösung durch Katharsis begründet sich auf dem Trauma- und Entladungsmodell, seine intuitive Begleitung des Patienten entspricht dem Prozessmodell.

Trotz der möglichen Co-Existenz der Modi „sind sie genaugenommen inkompatibel oder einander abgeneigt“ (Totton 2002, 212, Übersetzg.). Wenn wir in der therapeutischen Arbeit vom Anpassungsmodell ausgehen, unterbrechen wir den freien Fluss der vom Klienten angebotenen Themen und stülpen ihm unseren eigenen Behandlungsplan über. Auf diese Weise können wir den Klienten sogar gemäß dem Trauma- / Entladungsmodell retraumatisieren. Im Traumamodus blicken wir zurück, was vom Prozessmodus aus als statisch und zu wenig zukunftsorientiert gesehen werden kann und vom Anpassungsmodus aus als der Heilung und Wiederherstellung von Gesundheit nicht dienlich. In der körperpsychotherapeutischen Praxis werden dennoch erfolgreich alle drei Modelle verwandt, indem der Therapeut sich von einem zum anderen bewegt, von Sitzung zu Sitzung oder Moment zu Moment, je nachdem was im Prozess zum Vorschein kommt. Totton resümiert, dass diese Kompatibilität von eigentlich inkompatiblen Modi eine Synthese ist, die man in Anlehnung an Einstein „A General Theory of Body Psychotherapy“ nennen könnte, innerhalb welcher „die drei Modelle ihren Platz als drei Facetten des Ganzen finden“ (Totton 2002, 213, Übersetzg.).

Eine Zuordnung einzelner Verfahren zu diesen Modellen ist schwierig, weil Therapeuten in der Praxis zwischen den Modi hin- und herwechseln und sie dann nur durch die Haltung des Therapeuten sichtbar werden. In den humanistischen Verfahren wird man vorrangig das Prozessmodell sehen, in der reichianischen Arbeit zeigen sich die ersten beiden Modelle mehr, viel mehr lässt sich aber aus dieser Perspektive gar nicht sagen. Möchte man Tottons System für eine Kategorisierung heranziehen, dann funktioniert dies nur aus dem umgekehrten Blickwinkel, das heißt, dass ich die therapeutische Arbeit in einem bestimmten Verfahren nach den oben genannten Modi betrachte.

Therapeutische Indikation bei verschiedenen Strukturniveaus

(Galuska/Galuska)

Joachim und Dorothea Galuska betrachten die Verfahren und Arbeitsmodi aus Sicht der klinischen Praxis und bieten gemäß dem Strukturniveau eines Klienten mögliche Interventionen (vgl. Galuska/Galuska 2006). Für die ersten zwei Strukturniveaus (Neurotisch, Borderline) empfehlen sie entsprechend dem gängigen Behandlungsschema (vgl. Röhrich 2006b). Was am Entwurf von Galuska und Galuska jedoch auffällt, sind ihre Empfehlungen zur psychotischen Struktur und ihre Ausführungen zur personalen und transpersonalen Struktur, die ganz neue Aspekte in eine körperpsychotherapeutische Landkarte bringen und die ich deshalb hier vorstellen möchte:

Zur Behandlung der **psychotischen Struktur** steht im Therapieangebot ihrer Klinik (Psychosomatische Fachklinik Heiligenfeld) eine strukturbildende Therapie und Grounding im Zentrum, welche von ihnen „austragend“ im Sinne der Entwicklung eines neuen Selbst genannt wird. Sie bieten eine entspannende und regressionsfördernde Wassertherapie an [der Beschreibung nach handelt es sich dabei um WATSU²³], bei der der Patient im warmen Wasser gehalten und bewegt wird. Dieses regressive Arbeiten mit Psychosepatienten und Borderlinern ist ungewöhnlich – viele (Körper)psychotherapeuten würden es sogar als kontraindiziert bezeichnen – und findet sich lediglich in psychoanalytischen Ansätzen, und dort auch nur auf verbaler Ebene (vgl. Kernberg 2008). Wie eine solche „regressiv-aufdeckende“ Behandlung auf verbaler Ebene aussehen kann beschreibt Hannah Green sehr anschaulich in „Ich habe dir nie einen Rosengarten versprochen“ (1995), anhand des Heilungsprozesses eines jungen psychotischen Mädchens.

Gerade die KPT bietet hier jedoch weitere Möglichkeiten. Aus einer Studie von Röhrich geht hervor, dass Kreativtherapien (Körper-, Kunst- und Musiktherapie) am besten die Minussymptomatik der Schizophrenie reduzieren,

23 WATSU (engl.: Water, jap.: Shiatsu) darf als Begriff nur von zertifizierten WATSU Trainern verwendet werden, deshalb taucht der Name eventuell nicht auf. Die Methode wurde von Harold Dull in einer alternativen Lebenskommune entwickelt, die in den Bergen Kaliforniens ein Heilquellen-Resort (Harbin Hot Springs) mit Meditations- und Selbsterfahrungsprogramm betreibt.

im Gegensatz zu Psychopharmaka (Röhrich/Priebe 2006). Es ist zwar bei dieser Studie davon auszugehen, dass es sich im Falle der KPT um eine klassische, stützend-spürende Therapie gehandelt hat, Studien wie diese zeigen jedoch, dass das Unbewusste, das ja in den Kreativtherapien zum Wirken kommt, einen entscheidenden Beitrag zur Behandlung der Psychose leistet. Die Arbeit mit dem Unbewussten, die in der Psychosebehandlung lange vor den Psychopharmaka zurücktreten musste, sollte deshalb wieder stärker ins Zentrum der Behandlung treten. Aus Galuskas Methode könnte sich in einem solchen Behandlungsansatz eine ganz neue körperpsychotherapeutische Arbeitsweise mit Psychosepatienten entwickeln, die jenseits der spürenden und expressiven Verfahren arbeitet.

Die **personale Struktur** gehört nicht mehr unbedingt den pathologischen Kategorien an, vielmehr geht es hier um die „Suche nach innerer Ganzheit“ (Galuska/Galuska 2006, 593) im Sinne einer Entfaltung der Individualität und Selbstaktualisierung. Bei der „Therapie“ der personalen Struktur verschwimmen die Grenzen zwischen Psychotherapie, Entwicklungsförderung und Selbsterfahrung. Kontakt und Berührung stehen im Vordergrund und die Interventionen sind auf das gegenwärtige Erleben bezogen und prozessorientiert. Zur Anwendung kommt ein weites Spektrum an KPT-Verfahren sowie Stimmübungen, Sinnesrituale, Trancetechniken und Traumreisen.

Diese fließende Grenze von Psychotherapie zu Selbstentdeckung gewinnt laut Akeret immer mehr Bedeutung in einer Zeit, in der auch Psychopharmaka dafür sorgen können, dass wir uns „besser fühlen“. Schon für Therapeuten wie Alexander Lowen (1988, 31 f.) oder Erich Fromm war das Ziel einer Psychotherapie mehr als nur die Wiederherstellung von Funktionstauglichkeit. Ihr Ziel war das Gefühl, „fully alive“ zu sein, ein weites Feld an Gefühlen zu haben, ein Bewusstsein über die Möglichkeiten des Lebens zu besitzen und eine Haltung von Hoffnung und Liebe für das Leben. (Akeret 1995, 229)

Fügt man dieser Haltung eine spirituelle Dimension hinzu, so gelangt man zur **transpersonalen Struktur**, die in Anlehnung an Dürckheim den „Durchbruch

zum Sein“ beinhaltet. In dieser Dimension kann der Klient sich in einem größeren Zusammenhang begreifen (Galuska/Galuska 2006, 595). Thematisiert werden in der Arbeit mit der transpersonalen Struktur Lebensaufgabe und Sinn, die wesentliche Intervention besteht in der Präsenz des Therapeuten, der sich als meditativer Begleiter versteht.

In Galuskas Ansatz findet sich eine wichtige Thematisierung von Spiritualität, Selbstaktualisierung und transpersonalen Arbeit, die als eine Dimension der KPT bisher noch in keinem Modell aufgeführt wurde, und die auch im Hintergrund des Fachdiskurses gehalten wird – vielleicht aufgrund der wackligen Position der Körperpsychotherapie. Dahinter steht vermutlich die Angst vor Diskreditierung der KPT, wenn Spiritualität, Sinnsuche und nicht-therapeutische Aspekte betont werden. Andererseits nehmen Probleme aus dem personalen und transpersonalen Strukturniveau in unserer Gesellschaft stark zu. Die Sinnfrage und die Sehnsucht nach der Verbindung mit einem höheren Bewusstsein liegen auch vielen klinischen Psychopathologien zugrunde. (Vgl. Deikman 1982, Bucher 2007, sowie Kap. IV, 1.3.1.11) Konsequenterweise sollte die Körperpsychotherapie ihre dazu bereits erarbeiteten Ressourcen in Form von Verfahren wie den Atemtherapien, dem Hakomi, den körperorientierten Meditationen und ihre Erkenntnisse aus dem interdisziplinären Austausch mit der Philosophie (vgl. Wilber 1988) stärker in ihrer Selbstdarstellung verankern und – wie Galuska und Galuska dies tun – in der klinischen Praxis zum Einsatz bringen.

An den hier vorgestellten Modellen, von denen die meisten ohne Bezug nebeneinander stehen, wird deutlich, dass immer noch zu wenig fachlicher Austausch stattfindet. Wenn Marlock beklagt, dass „das Ganze“ keine attraktive Adresse mehr ist und dass sich die Körperpsychotherapeuten nur auf ihre Praxis beschränken (2003), so liegt dies zum einen daran, dass Körperpsychotherapeuten vollauf mit der Berufsausübung in einer finanziell schwierigen Therapielandschaft beschäftigt sind. Ein weiterer Erklärungsansatz kommt von Lennart Ollars, der vermutet, dass in der körperpsychotherapeutischen Arbeit auch für den Therapeuten ein intimer Raum entsteht,

der öffentlich nur schwer darzustellen ist: „discussing the way to do it is like discussing your own very core or existence.“ (Ollars 2005) Das Hauptproblem sehe ich jedoch im Fehlen eines Forums, das sich – unter Berücksichtigung der sensiblen Diskussionsinhalte – mit “dem Ganzen“ beschäftigt, und zwar jenseits der Kongresse. Dies spricht wiederum für eine Akademisierung, aber nicht mit dem Ziel, alle Ansätze so zurechtzustutzen, dass sie sich in einer einzigen Landkarte darstellen lassen, sondern um den Diskurs, den Totton visualisiert, und der zu authentischer Kohärenz sowie klaren Grenzen führt, voranzutreiben.

Übersicht 1a

Kategorisierungen der körperpsychotherapeutischen Verfahren			
Autor / Autorin	Konzept	Kategorien	Beispielverfahren
Geuter (1996)	drei <i>Strömungen</i> gemäß ihrer Wurzeln und Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • funktional oder bewegungsorientiert • energetisch • dialogisch 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ KBT, Tanztherapie ➤ neoreichianische Verfahren ➤ analytische KPT
Röhrich (2000)	vier <i>Strömungen</i> gemäß ihrer Wurzeln und Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • wahrnehmungsorientiert • bewegungs- / handlungsorientiert • affekt- / energieorientiert • beziehungsorientiert 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ KBT, Hakomi ➤ Tanztherapie, Bewegungstherapie ➤ neoreichianische Verfahren ➤ analytische KPT, Psychodrama
Wolf	fünf <i>Strömungen</i> gemäß ihrer Wurzeln und Orientierung	<ul style="list-style-type: none"> • wahrnehmungsorientiert • bewegungsorientiert • affekt- / energieorientiert • dialogisch • selbstaktualisierend 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ KBT ➤ Tanztherapie, Mototherapie ➤ neoreichianische Verfahren ➤ analytische KPT ➤ Gestalttherapie, Psychodrama, Hakomi
Schatz (2002)	<i>Perspektiven</i> subjektiven Körpererlebens	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisch-biologisch • individual • räumlich • chronologisch • relational • autonom • kreativ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ alle Verfahren ➤ alle Verfahren ➤ KBT, Tanztherapie ➤ KBT, Focusing ➤ analytische KPT, Encounter* ➤ neoreichianische Verfahren, Atemtherapie*, Authentic Movement* ➤ Tanztherapie, Psychodrama*

* ergänzt durch die Autorin

Übersicht 1b

Autor / Autorin	Konzept	Kategorien	Beispielverfahren
Marlock / Weiss (2006)	<i>Polaritäten der Konzeption und Arbeitsmodi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung vs. phänomenologische Orientierung / Lernen • energetischer vs. wissender Körper • analytisch-aufdeckend bzw. verstehend vs. funktional-entfaltend • Schwerpunkt nonverbale Prozesse vs. Schwerpunkt Dialog • Berühren vs. Nicht-Berühren • Regression vs. Arbeit im Hier und Jetzt 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ klassische Bioenergetik vs. Hakomi, Focusing ➢ reichianische Verfahren vs. IBT, Hakomi ➢ fast alle KPT-Verfahren vs. Körpertherapien ➢ Vegetotherapie vs. analytische KPT ➢ Biodynamik vs. spürende Verfahren ➢ Primärtherapie vs. Gestalttherapie
Totton (2002)	<i>Arbeitsmodelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsmodell • Trauma / Entladungsmodell • Prozessmodell 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ korrigierende Verfahren / Körpertherapien ➢ traumatherapeutische Verfahren ➢ humanistische Verfahren
Galuska / Galuska (2006)	<i>Therapeutische Indikation gemäß Strukturniveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • neurotisch • Borderline • psychotisch • personal • transpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Atemtherapien, Bioenergetik ➢ traumatherapeutische und wahrnehmungsorientierte Verfahren ➢ strukturgebende Verfahren, WATSU ➢ dialogische, kontaktierende Verfahren ➢ Prozessbegleitung, Meditation

6 Status quo der Körperpsychotherapie

6.1 Stand und Anerkennung in der Psychotherapielandschaft

Betrachtet man die gegenwärtige Situation der Körperpsychotherapie in Deutschland so bietet sich ein paradoxes Bild: Das Interesse an ihr ist groß und wächst stetig, sowohl bei Klienten als auch bei Vertretern verbaler Therapieverfahren. Ursache ist die Erkenntnis, dass „die tiefsten und zentralsten Wurzeln unseres Selbst im Körper [liegen]. Unsere emotionalen Prozesse sind vom Körper nicht zu trennen.“ (Morgan 2006, 238) Dies zeigt sich besonders in der Psychosomatik²⁴. „Der seelische expressive Körper bleibt vor allem in seiner leidvollen Ausprägung ein zentrales Motiv der Körperpsychotherapie und ist auch der Grund für das ambivalente aber doch wachsende Interesse des übrigen psychotherapeutischen Feldes an der Körperpsychotherapie und an im Wortsinn psychosomatischer Theorie und Praxis.“ (Marlock 2003) Auch die zunehmende „Präsenz und Verankerung in der akademischen Literatur“ (Marlock/Weiss 2006a, 1) bestärkt den Stellenwert der Körperpsychotherapie. Ihre Anerkennung steht jedoch dazu in keinem Verhältnis. Bei den etablierten Verfahren und im wissenschaftlichen Diskurs hängt ihr nach wie vor ein unseriöser Ruf an: „freakish, new age, eccentric, dangerous and generally ‚unprofessional‘.“ (Totton 2002, 204)

Wo in Deutschland die Körperpsychotherapie gänzlich aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen ist, handhaben unsere europäischen Nachbarn und die USA dies anders: In der Schweiz sind viele KPT-Verfahren anerkannt und werden von den Kassen bezahlt (KBT, Psychodrama, Bioenergetik, Biosynthese, Integrative KPT und Körperorientierte Psychotherapie / SIKOP). Andere europäische Länder regeln dies ähnlich (Österreich, Großbritannien, Niederlande)²⁵, wenn auch die Dichotomie der länderspezifischen Akzeptanzen bestimmter Verfahren nie wirklich erklärt wurde (Young 2009). So werden die „Erfahrungen und wissenschaftlichen

²⁴ Siehe hierzu auch Kap. II, 6.4.

²⁵ Für einen aktuellen Stand in den einzelnen europäischen Ländern siehe www.europsyche.org.

Ergebnisse aus den Nachbarländern, die in der qualitativen Psychotherapieforschung eine maßgebliche Rolle spielen, [...] einfach ignoriert.“ (Thielen 2001) In den USA steht die KPT – eventuell aufgrund ihrer Akademisierung – mit ihrer Kassenzulassung sehr gut da, und wird gleichwertig neben einer breiten Vielfalt von Verfahren praktiziert.

Auch in Deutschland konnte man zwischen den 1970er Jahren und 1999 noch eine andere Situation vorfinden: Viele Therapeuten hatten Zusatzausbildungen, und zwar in einer großen Vielfalt von Verfahren. Mit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1999 wurden bis auf die drei heute anerkannten Verfahren alle anderen kassengeförderten Verfahren (Individualpsychologie nach Alfred Adler, analytische Psychotherapie nach Carl Gustav Jung, Familientherapie, Bioenergetik, Tanz-, Kunst- und Musiktherapie) von der Versorgung und Ausbildung ausgeschlossen, aufgrund einer Expertise Klaus Grawes. Dieses umstrittene Gesetz des „Schutzes der Bevölkerung vor Scharlatanen“ schuf nicht nur eine Monokultur der Verfahren, es traf auch viele ausländische Therapeuten sowie alle, die aus anderen Studiengängen als Psychologie oder Medizin gekommen waren, die aber eine Zusatzausbildung hatten und seit Jahren über Kostenerstattung mit den Kassen abgerechnet hatten (vgl. Geuter 1999a). Ulfried Geuter kritisierte auf dieser Grundlage 1999 die Einführung des Psychotherapeutengesetzes scharf: „Man muß sich das konkret ausmalen: Ein Psychotherapeut, der beispielsweise seit 15 Jahren mit der Kasse abrechnet, auf dieser Basis seine Praxis betreibt und sagen wir einmal 50 Jahre alt ist, macht sich ab dem 1. Januar strafbar, wenn er sich weiterhin Psychotherapeut nennt. Und das, weil ihm ein Universitätsdiplom in Psychologie fehlt, das zu seiner Zeit gar nichts zur Qualifikation als Psychotherapeut beitrug.“ (Geuter 1999a, 323)

Damals wurde also eine gleichzeitige Ausgrenzung von Verfahren und Studienabschlüssen vorgenommen. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Psychoanalyse bereits ihre Zulassungsbedingungen verschärft, und der Psychoanalytiker Gerd Böttcher bedauert, dass man damals nicht mit mehr Biss um „die weitere Zulassung von Kolleginnen und Kollegen, die aus anderen

humanwissenschaftlichen Disziplinen als die der Medizin und Psychologie die Psychoanalyse erlernen wollen“ gekämpft hat. Auf seine Intervention hin wurde in den neuen Weiterbildungsrichtlinien, die nur noch Ärzte und Diplom-Psychologen aufführen, der Passus „gegenwärtig“ eingefügt, „und zwar als Herausforderung, dieses ‚gegenwärtig‘ baldmöglichst zu verändern. Der Warnung vor einer Medizinalisierung würde sonst bald die vor einer Psychologisierung folgen.“ (Böttcher 1989)

Die Gründe für die Ausgrenzung „anderer Verfahren“ liegen zweifellos in sozialpolitischen, finanziellen Interessen. „It is essentially part of the age-old struggle for the same ‚territory‘, or the same ‚piece of cake‘: who is going to be eligible for the increasingly limited national health service payments.“ (Young 2009) Doch im Fall der Körperpsychotherapie scheint mir noch ein anderes Element wichtig und bedenkenswert. Die Diskrepanz zwischen der ihr entgegengebrachten Faszination bei gleichzeitiger Abwertung wurzelt meines Erachtens in einer tiefsitzenden Leibfeindlichkeit, die seit Jahrhunderten bis heute wirkt, und die sich schon in der Entstehungszeit der KPT zeigte, in Wilhelm Reichs Kampf mit dem Establishment.²⁶

Dies hat eventuell mit dazu beigetragen, dass sich grundverschiedene körperorientierte Verfahren unter dem Begriff Körperpsychotherapie zusammengeschlossen haben und mit ihrem Versuch, gemeinsame Wirkfaktoren zu finden, Gefahr laufen, ihren „wilden Kern“ zu kompromittieren. In Fachkreisen wird diskutiert, ob die KPT sich damit nicht in eine ähnliche Situation wie die Indianer begibt, die Reservate akzeptiert haben, als „eine Heimat, die in gewisser Weise sicher ist, aber die auch begrenzt und eingeschränkt ist.“ (Totton 2002, 204, Übersetzg.) Ein Vergleich, der das Wegsperrten des Wilden, des triebhaft Unbekannten, des Ganzheitlichen in der Indianerkultur wie auch in der Körperpsychotherapie treffend beschreibt.

26 Weiss und Marlock stellen diesbezüglich die Frage, ob die Körperpsychotherapie „durch die epochale Angst vor dem sinnlichen Körper nur ein kulturgeschichtliches Artefakt“ (Marlock/Weiss 2006d, 953) ist, das im Zuge der Reintegrationsbemühungen des Körpers in die verbalen Therapien seine „Pflicht und Schuldigkeit getan haben wird“ (ebd. 953). Mir scheint die Leibfeindlichkeit jedoch ein sehr altes und auch zukünftig präsent Phänomen zu sein.

Die extrem unterschiedlichen Anforderungen an einen Psychotherapeuten und an einen Körperpsychotherapeuten reflektieren diese entwertende Haltung, die sich auch in der Anordnung der Therapieräume widerspiegelt: So wird in der Berufspraxis der Kliniken die verbale Psychotherapie von Ärzten und Psychologen in den oberen Stockwerken praktiziert, während die KPT – geleitet von Sportlehrern, Physio- und Ergotherapeuten mit Zusatzausbildung – in der Regel im Keller stattfindet. Hier zeigt sich eine – auch räumlich sichtbare – Hierarchie, die durch die bestehenden Strukturen wie Ausbildung und Vergütung sowie die fehlende Akademisierung der KPT aufrechterhalten wird.²⁷

Für die verbale Psychotherapie kann nach deutschen Maßstäben die Ausbildung nicht gut genug, lang genug und gründlich genug sein. Für die Körperpsychotherapie, die in ihrem Wesen genaugenommen noch direkter als die Verbaltherapien das Unbewusste über die motorischen Schemata und die Affekte anspricht und damit auch eventuell wichtige Abwehrsysteme spontan umsegeln kann, reicht ein Therapeut, der aus dem Pflegebereich kommt. Courtenay Young kritisiert in diesem Sinne, „dass diese sehr mächtigen Techniken allzu oft im Rahmen von Wochenendseminaren an nicht genügend ausgebildete Personen weitergegeben wurde.“ (Young 2006, 622) Obwohl viele Fachtherapeuten ausgezeichnete Arbeit leisten, bietet ein dreijähriger Berufsabschluss plus einer mehr oder auch weniger umfangreichen Weiterbildung nicht das Fundament und die Reflektiertheit eines Studiums. Diese Auffassung ist bei der verbalen Psychotherapie allseits akzeptiert. Wie kommt es also zu diesem inhaltlich nicht erklärbaren doppelten Standard? Warum gibt es noch keinen Studiengang in Körperpsychotherapie? Abgesehen von politischen Gründen scheint es mir, dass – wie schon eingangs erörtert – auch die Universitäten (mit Ausnahme der psychosomatischen Lehrstühle) Schwierigkeiten haben, die Potenz des Unbewussten und damit den Aspekt subjektiven Erlebens in ihr Wissenschaftsverständnis zu integrieren, weshalb

27 Für die nicht unerhebliche Abwertung durch niedrige Gehälter kann die Klinik Zwiefalten als repräsentatives Beispiel gelten: Im Laufe mehrerer Jahre wurden sieben Vollzeitkräfte im Bereich Bewegungstherapie eingestellt, alles akademische Sportlehrer mit hausinternen Zusatzausbildungen durch Sophie Krietsch-Mederer („Schritte zur Ganzheit“), und alle wurden zu Konditionen von Physiotherapeuten eingestellt (Dautel 2008).

die Psychoanalyse nur randständig vertreten ist und die KPT universitär versteckt auftritt.²⁸

Die derzeitige Lage sieht so aus, dass die Körperpsychotherapie ihren mühseligen Kampf um Anerkennung und Zugang zu Finanztöpfen bestreitet, während den Vertretern der verbalen Verfahren bewusst wird, wie sehr die Ausgrenzung des Körpers therapeutische Prozesse limitiert und sie deshalb Aspekte der Körperarbeit aufgreifen. So besteht die Gefahr, dass die KPT – während sie sich noch um eine authentische Identität bemüht – von den etablierten Therapien zerstückelt, funktionalisiert und verschluckt wird. Als Ausweg aus dieser prekären Situation der KPT fordern Körperpsychotherapeuten mehr Forschung und theoretische Weiterentwicklung, die mit einer Akademisierung der Körperpsychotherapie zu leisten wäre: „Strong academic links are urgently required in order to support practitioners in their efforts to evaluate the clinical work in scientific research.“ (Röhrich 2009, 135)

6.2 Wirkungsannahme

Die Körperpsychotherapie, die ebenso wie die Psychoanalyse in ihrer Grundhaltung weniger naturwissenschaftlichen, objektivierbaren Gesetzmäßigkeiten folgt, entwickelte sich lange Zeit „abseits der offiziellen Wege“ (Marlock/Weiss 2006a, 3). Doch jetzt steht sie im Bemühen um Anerkennung durch europäische Regelungen unter Beweisdruck: „Erst mit dem Eindringen der alternativen Psychotherapiekultur in die krankenkassenfinanzierte Psychotherapie begann folgerichtig ein Prozess, in dem sich erstmals Alternatives etablieren musste.“ (Geuter 2004, 104) Vor dieser Herausforderung stand schon Freud, als er – während er die Grundlagen einer neuartigen Humanwissenschaft legte – gleichzeitig versuchte, diese in naturwissenschaftliche Kategorien und Begrifflichkeiten zu fassen (Marlock 2006b, 138).

Nur wenigen KPT-Verfahren, wie der Konzentrativen Bewegungstherapie (vgl. Pokorny 2000) und der Funktionellen Entspannung (vgl. Röhrich 2009, 147 f.),

28 Vgl. hierzu auch Kap. IV, 2.4.

ist der Beweis ihrer Wirksamkeit gemäß deutschen Ansprüchen bisher gelungen. Die mangelnde wissenschaftliche Anerkennung der restlichen KPT-Verfahren liegt unter anderem am Widerstand des psychotherapeutischen Establishments:

„Um Erkenntnis und Wahrheit wurde nicht etwa in einer Sphäre herrschaftsfreier Dialoge gerungen. Gerade an der Geschichte der Körperpsychotherapie und der Tatsache, dass sie in Teilen des psychotherapeutischen Feldes immer noch als Methode angesehen wird, welche ihr Begründungs- und Rechtfertigungsmodell nicht erfüllt hat, kann man ablesen, welche Wirkungen Spaltung, Ausgrenzung und von partikularen Interessen dominierte Machtstrategien selbst auf lange Sicht haben.“ (Marlock 2006a, 61)

Nach den Vorgaben des wissenschaftlichen Beirats müssen Verfahren, die neu zugelassen werden wollen, versorgungsrelevant sein, das heißt sie müssen in den Kernstörungen nicht nur genauso wirksam sein wie gegenwärtige Verfahren, sondern sie müssen ihnen überlegen sein. „Das ist natürlich eine Hürde, die kaum zu schaffen ist.“ (Thielen 2009) Die EAP (European Association of Psychotherapy), die hofft, ihren Standard irgendwann europaweit durchsetzen zu können, hat Vorgaben für die Psychotherapie entwickelt, denen wesentlich mehr Verfahren gerecht werden.

Dem Evaluationsproblem liegen jedoch nicht nur politische Ursachen zugrunde. Für viele Psychotherapeuten besteht eine generelle Inkompatibilität der Vorgaben für empirische Wissenschaft mit der Wirkungsweise von nicht-manualisierbaren Psychotherapien. Andere halten diesen Weg jedoch für gangbar. Die geringe Anzahl an RCT (Randomised Controlled Trial) Studien²⁹ in der Körperpsychotherapie spiegelt diesen Konflikt wieder. Laut Röhrich ist die Annahme weit verbreitet, dass „bestimmte Verfahren, besonders psychodynamische und experimentelle (wie die KPT), aufgrund ihrer ganz eigenen Interventionsstrategien nicht mit klinischen Studien getestet werden können.“ (2009, 143, Übersetzg.)

29 RCT-Studien stellen den „Goldstandard“ empirischer Studien dar. Für ein RCT-Studiendesign werden Versuchspersonen randomisiert (nach dem Zufallsprinzip) auf eine Studiengruppe und eine oder mehrere Kontrollgruppen aufgeteilt. Die Kontrollintervention bei psychologischen Tests besteht zum Beispiel in der bisher besten Behandlung oder keiner Behandlung.

Die meisten KPT-Studien messen die Wirksamkeit eines Verfahrens oder auch gängiger körperpsychotherapeutischer Interventionen³⁰ – häufig in Kombination mit anderen Therapieformen – bei speziellen Störungsbildern: Psychosen, Angststörungen, Depressionen, somatoformen Störungen, Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Röhrich 2009, 143 f.). In der klinischen Behandlung wird die KPT nämlich trotz ihrer „unbefriedigenden Beweisgrundlage“ (ebd. 141) bereits gezielt für diese Störungsbilder eingesetzt.

Ein Großteil der bisher veröffentlichten Studien (RCT und Nicht-RCT) wurde von Röhrich (2009) in einem eigenen Beitrag dargestellt. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Studien zusammengefasst:

- Mehrere Studien zwischen 1960 und 1990 untersuchten die Wirksamkeit von verschiedenen KPT-Verfahren auf „Neurose und Drogenmissbrauch“. Nachgewiesen wurden eine Zunahme von Körperzufriedenheit, Selbstwahrnehmung und Selbstwert sowie eine Reduktion der Muskelanspannung.
- Tanztherapie und neoreichianische Verfahren bewirkten bei Patienten mit Depressionen und Angststörungen eine Verbesserung von Stimmung, psychischem Wohlbefinden und subjektiver Lebensqualität (Stewart et al. 2004).
- Eine Wirksamkeitsstudie von acht verschiedenen KPT-Verfahren im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen in der ambulanten Behandlung deutete auf eine Überlegenheit der KPT hin, die Ergebnisse waren jedoch nicht aussagekräftig (Koemeda-Lutz et al. 2006).
- Die Behandlung von Essstörungen mit einer Kombination von KPT und anderen Therapieverfahren verkürzte bei anorektischen Patientinnen die Heilungszeit (Fernandez et al. 1995) und reduzierte die subjektiv empfundene Problemlast (Konzag et al. 2006). Die Körperwahrnehmung verbesserte sich in dieser wie auch in einer anderen Studie (Sack et al.

³⁰ Diese folgen in der Regel den „three main modes of action“ (Röhrich 2009, 140) gemäß den KPT-Strömungen und umfassen wahrnehmungsorientierte, kathartisch-affektive sowie kreativ-explorative Techniken.

2002) nur bei bulimischen, nicht aber bei anorektischen Patientinnen. Bei diesen wurde jedoch eine Verbesserung des Bewegungsverhaltens beobachtet (Burn 1987, Lausberg 1998; Lausberg et al. 1996).

Die wichtigsten Ergebnisse stammen aus RCT-Studien über die Behandlung von Psychosomatosen und Schizophrenie:

- Funktionelle Entspannung verminderte die körperliche Symptomatik von Asthma, chronischem Kopfschmerz und Reizdarm (vgl. Lahmann et al. 2009; Loew et al. 2000).
- Bioenergetik verbesserte die Intensität des Wutausdrucks bei Patienten mit somatoformen Störungen, senkte die Scores für Depression, Angst, soziale Unsicherheit, Wut und Autoaggressivität. Die körperlichen Symptome besserten sich signifikant, ebenso wie der spontane Gefühlsausdruck (Nickel et al. 2006).
- Die körperpsychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten mit ausgeprägter Negativsymptomatik verbesserte die Psychomotorik sowie die emotionale und soziale Interaktion (vgl. Röhrich/Priebe 2006).

Obwohl Studien wie die RCT-Studie zur bioenergetischen Analyse und auch die Schizophrenie-Studien relevante Ergebnisse liefern, bleiben doch die meisten Studien unter dem Potential, das erfahrene Körperpsychotherapeuten an sich und ihren Patienten erleben. Sie scheinen nur einen Bruchteil dessen zu erfassen, was eine Körperpsychotherapie langfristig und in Hinblick auf tiefere Ebenen des menschlichen Seins bewirken kann.

Die Ursache hierfür liegt im Studiendesign: Im Rahmen von Effizienzstudien³¹, wird versucht, einzelne, statistisch relevante Wirkfaktoren zu finden: „Für den Nachweis der Wirksamkeit eines Verfahrens wird ein Minimum von drei kontrollierten, unabhängigen Studien für einen Anwendungsbereich, der sich an

³¹ Effizienz bezeichnet die Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren, bezogen auf abgegrenzte Symptome. Effektivitätsstudien messen die Gesamtwirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung (Seligman 2000, 31).

medizinischen Störungsbildern orientiert, eingefordert. [...] Im besten Fall wird die Behandlung manualisiert durchgeführt.“ (Loew 2006, 625) In diesem manualisierten Vorgehen liegt jedoch das Problem. Ein Manual³² ist eine Gebrauchsanweisung, der psychisch kranke Mensch ist aber keine funktionsuntüchtige Maschine, kritisieren Körperpsychotherapeuten:

„Nach dieser Vorstellung wird Psychotherapie wissenschaftlich so zugelassen wie Medikamente zur Behandlung.“ (Eckert 2002, 332)

„Diese Art von empirischer Forschung ist vielleicht für die Pharma- aber keinesfalls für die Psychotherapieforschung geeignet.“ (Thielen 2001)

Die offensichtliche Inkompatibilität von Messinstrument und Messgegenstand spiegelt sich auch in Geißlers Mahnung, „sich nicht Forschungsmethoden aufdrängen zu lassen, die ihren Forschungsgegenstand verfehlen bzw. unadäquat abbilden“ (ebd. 418) und Seligman führt aus, warum viele Therapieverfahren ihre Wirksamkeit in RCT-Studien nur schwer nachweisen können:

„Sie lassen sich deswegen nicht testen, weil sie das Paradigma der Effizienzstudien sprengen. Man stelle sich z. B. vor, was eine einigermaßen korrekt aufgebaute Effizienzstudie über eine dynamische Langzeittherapie alles abdecken müßte: Kontrollgruppen, die über mehrere Jahre hinweg nicht behandelt werden; eine ähnlich glaubwürdige, aber faktisch wirkungslose Vergleichsbehandlung über denselben Zeitraum mit denselben Nonspezifika (Rapport, Aufmerksamkeit, Erfolgserwartung); eine detaillierte Standardisierung für Hunderte von Sitzungen sowie die zufällige Zuordnung von Patienten zu Behandlungen, die ein Jahr oder länger dauern. Die ethischen und wissenschaftlichen Probleme einer solchen Untersuchung wären überwältigend, von den Kosten ganz zu schweigen.“ (Seligman 2000, 33)

Wenn man in dieses Szenario noch den Körper einbezieht, wird deutlich, dass sich die wirkungsmächtigen Dynamiken körperpsychotherapeutischen Arbeitens mit einem RCT-Studiendesign nicht erfassen lassen. Slade und Priebe (2001) stellen in diesem Sinne die Frage: „Are randomized controlled trials the only gold that glitters?“

32 Manual (engl.): Handbuch, Bedienungsanleitung, Gebrauchsanweisung (PONS 2002).

Laut Heller sind manualisierbare Verfahren wie die Verhaltenstherapie „leichter experimentell zu evaluieren, weil sie weniger komplexe Ebenen der Psyche betrachten, aber ihre Vorgehensweisen sind nicht notwendigerweise ‚wissenschaftlicher‘“ (Heller 1997, Übersetzg.). Es ist sogar so, dass mit steigender Evaluationsgüte der Wert für die Praxis sinkt. Je individueller und prozessorientierter therapiert wird, desto schwerer gelingt die Reproduzierbarkeit eines Therapieprozesses. In der therapeutischen Praxis fällt darunter die Arbeit mit dem Unbewussten und dem verkörperten Unbewussten sowie prozesshafte und ungeplante Interaktionen zwischen Therapeut und Klient: „Psychotherapie braucht Struktur, Richtlinien, wie man bei welcher Störung vorgehen sollte, aber auch das Chaos, die Offenheit für das Unvorhergesehene und die Überraschung.“ (Geuter 2004, 109) Jede Einbeziehung der (nicht-standardisierbaren!) individuellen Biographie macht eine Manualisierung genaugenommen unmöglich, weshalb Robert Akeret am Ende seiner Psychoanalytikerlaufbahn resümiert: „Ich glaube nicht daran, dass individuelle Leben vergleichbar sind. Ich glaube nicht, dass ein Experiment, welches Person A, die in Therapie war, mit Person B, die nicht in Therapie war, mit Person C, die in ‚Placebo‘-Therapie war, vergleicht, irgendwelche Resultate produziert, die für mich bedeutungsvoll sein könnten. Der Grund dafür ist, dass egal wie ähnlich sich Person A, B und C sind was ihre dargestellten Probleme und Persönlichkeiten betrifft, ich werde immer von ihren Unterschieden beeindruckt sein“ (Akeret 1995, 226, Übersetzg.).

Köth fordert, in der Wirksamkeitsforschung zwischen Wirkfaktoren und Wirkungsweisen zu differenzieren. Während Wirkfaktoren (*Variables*) statistische Korrelationen zur Frage herstellen, *wie gut* Therapie wirkt, lassen sie die Wirkweisen außer acht, die nur mit Hilfe von *Process Research* verstanden werden können: „Der intrapsychische Prozess [...], der für die Analyse und Erklärung von Veränderungen m. E. weit relevanter ist, lässt sich nicht so einfach technisch aufnehmen und bleibt deshalb oft außen vor.“ (2008, 42) So sind die offiziell anerkannten Wirkfaktoren der Psychotherapie³³ im

33 Tschuschke/Kächele/Hölzer (1994):

- Güte der Therapiebeziehung

Grunde genommen wenig aussagekräftig. Außerdem beziehen sie sich nur auf verbale Therapien. Geuter schlug deshalb vor, die Vertiefung des Erlebens als grundlegenden Faktor in das Modell der psychotherapeutischen Wirkfaktoren einzuführen und das Körpererleben als einen Aspekt davon zu betrachten (Geuter 2004, 107), denn gerade das Körpererleben ist ein zentraler Bestandteil und eine Zielsetzung der Körperpsychotherapie, kann aber diagnostisch nicht erfasst werden (Loew 2006, 626). „Die Psychotherapieforschung berücksichtigt noch immer viel zu wenig das Körpererleben und dessen Veränderung durch den psychotherapeutischen Prozess. [...] Bestehende Instrumente messen nach wie vor eher Einstellungen zum Körper, die sich auf den Körper als Objekt beziehen, als das Körpererleben selbst, das sich auf den Körper als Subjekt bezieht.“ (Schatz 2002, 77 und 82)

Diesen Schritt versucht Geißler, der den Körper aus Sicht der analytischen Selbstpsychologie betrachtet und spezifische Wirkungen der Arbeit mit dem Körper benennt: „Die explizite Beachtung des Körpers führt [...] zu einer positiven, narzisstischen Besetzung des Körperselbst, sie bewirkt eine Wieder- oder Neuentdeckung des Körperraums als Teilaspekt des wahren Selbst auf der Körperebene.“ (Geißler 2000, 412) Sie ermöglicht ferner das Erleben von Schutz und Freiraum auf der Körperebene, bedingt durch die nicht wertende und verstehende Haltung des Therapeuten, durch Konfrontation und Konkretisierung auf leiblicher Ebene, Reaktivierung nichtsprachlicher Erlebnisdokumente und eine Erweiterung der Traumdeutung durch konkrete Aktion und Interaktion (ebd. 413 f.). Diese Wirkungen mit Effizienzstudien zu belegen dürfte jedoch zum einen sehr schwierig sein, zum anderen ist die enorme Komplexität der menschlichen Psyche nach wie vor nur ansatzweise erfasst:

-
- Offenheit und engagierte Mitarbeit des Patienten
 - Mobilisierung von Hoffnung beim Patienten
 - Überzeugung des Therapeuten, helfen zu können
 - Erleben des Patienten, dass seinem Problem Interesse entgegengebracht wird
 - Angebot eines Erklärungsmodells für das Problem des Patienten, das in neue Bedeutungszusammenhänge gestellt wird
 - Gemeinsame Suche nach konstruktiven Problemlösungen

„Ein zufälliger Blick auf ein Eichhörnchen außerhalb des Fensters des Therapieraums mag bei dem einen Patienten eine Rührung oder ein tiefes Glücksgefühl erzeugen, bei dem anderen eine tiefe Depression verstärken. Ja, es kann sogar sein, dass derselbe Patient / Klient an verschiedenen Tagen auf das Erblicken des Eichhörnchens völlig verschieden reagiert. Man stelle sich ein Auto vor, das je nach der Stimmung des Beifahrers auf den Tritt des Fahrers aufs Bremspedal völlig verschieden reagiert, mal mit Verlangsamung, mal mit Beschleunigung, mal mit Blinken, mal mit Lauterwerden des Autoradios. Und man stelle sich Forscher vor, die versuchen, zu ergründen, welches Fahrverhalten dazu beiträgt, dass das Auto inklusive aller Insassen sicher am Zielort ankommt.“ (Köth 2008, 45)

Hauptkritikpunkt am vorgegebenen Standard ist demnach, dass den Vorgaben für die Anerkennung einer therapeutischen Methode ein falsches Modell zugrunde liegt: „Das Modell, dass ein Trial im Verhältnis zu einer kontrollierten Nicht-Experimental-Bedingung zu einer signifikanten Wirkung führen muss, soll die Bewertung psychotherapeutischer Erkenntnis beherrschen.“ (Geuter 2004, 105) Konsequenterweise fordert Schatz: „In der Diskussion psychotherapeutischer Methoden und der Suche nach exakten Antworten auf die Wirkfaktoren bedarf die kausal-empirische objektivistische Position einer Relativierung zugunsten eines konstruktivistischen Standpunkts.“ (Schatz 2002, 77)

Im körperpsychotherapeutischen Fachdiskurs hat die Wirksamkeitsdiskussion die fundamentale Frage nach der Identität der KPT und dem Preis, den sie für eine offizielle Anerkennung zahlen muss, angestoßen. Die EABP versuche, „die Körperpsychotherapie als ein wissenschaftlich bewiesenes Verfahren zu rechtfertigen. Und wieder einmal ist das Resultat das Gegenteil von Kohärenz: Große Teile der Theorien und Praktiken der Körperpsychotherapie wehren sich gegen eine solche Positionierung, und ein Versuch, dieses Ziel zu erreichen, beinhaltet das Amputieren, Ignorieren oder Verdecken von Aspekten unserer Arbeit.“ (Totton 2002, 204, Übersetzg.) Es sei auch generell noch nicht geklärt, „ob Körperpsychotherapie und Psychotherapie im Allgemeinen eine Wissenschaft sind (und da stellt sich die Frage, welche Art von Wissenschaft, denn diese ist nicht eine monolithische Einheit)“, oder ob sie nicht „ein Handwerk, eine Kunst, eine spirituelle oder edukative Praxis oder eine Form der Heilkunde“ (Totton 2002, 204, Übersetzg.) sind. Viele Psychotherapeuten stimmen dieser Ansicht zu: Die Psychotherapie „ist in der Praxis vielmehr eine

Kunst und kaum eine Anwendung von Logik und bestimmten Techniken“ (Deikman 1982, 33), und Ulfried Geuter fordert, die Tradition des Erfahrungswissens in der Psychotherapie zu verteidigen:

„Ich gehe davon aus, dass die Grundüberzeugungen aller Psychotherapeuten von erfahrener Wirklichkeit geprägt sind und dass vorwissenschaftliche Erfahrungen ausschlaggebend sind für das, was Praktiker und auch Wissenschaftler für eine wirksame, hilfreiche Psychotherapie halten und was sie grundsätzlich als Wissenschaft ansehen, auch wenn ihre jeweiligen Überzeugungen mit rationalen Argumenten vorgetragen werden.“ (Geuter 2004, 99)

Inmitten dieser Diskussion um die Anerkennung ihrer Wirksamkeit bekam die Körperpsychotherapie in den letzten Jahren unerwartet Rückenwind von den Neurowissenschaften: Vorangegangen war die Entdeckung der Spiegelneuronen (vgl. Ramachandran 1999, Bauer 2006) und Erkenntnisse aus Daniel Sterns Säuglingsforschung (2007), nach denen das Kern-Selbst sich zunächst als Körper-Selbst entwickelt und im Körper verankert ist, sowie die Vermutung, dass bereits bei der Geburt affektmotorische Schemata vorhanden sind (vgl. Downing 1996). Der somatischen Ebene, die entwicklungspsychologisch in den frühen und non-verbalen Beziehungen geprägt wird, kommt dabei in der derzeitigen Diskussion eine besonders wichtige Bedeutung für Wachstum und Heilung zu (Wehowsky 2006, 195). Dies gilt nicht nur für die Bildung affektmotorischer Schemata, sondern sogar für den Blueprint eines Menschen: „Tierstudien liefern mittlerweile Anhaltspunkte dafür, dass das Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Nachwuchs sogar Effekte auf dessen Erbgut hat.“ (FAZ 2008a, vgl. Heim/Nemeroff 2001)

Die neuesten Erkenntnisse betreffen die zentrale Bedeutung des Körpers für neuronale Veränderungsprozesse und rücken damit die Körperpsychotherapie als Verfahren in den Fokus der Diskussion: Zum einen geht es um die Tatsache, dass die organische Struktur des Gehirns sich ständig ändert. Dieses Modell der Neuroplastizität birgt die Erkenntnis, „dass das Gehirn eine lebenslange Baustelle ist“ (Gottwald 2006, 122). Die Idee vom Gehirn als Hardware ist damit überholt. Zum anderen wurde entdeckt, „dass sich im

impliziten Gedächtnissystem nur dann Veränderungen einstellen, wenn die relevanten neuronalen Netze aktiviert werden“ (Morgan 2006, 238).

Besonders interessant ist für den therapeutischen Kontext die neuronale Abspeicherung von traumatischen Erinnerungen, die ihrerseits eingefahrene aber undienliche Verhaltensweisen aufrechterhalten. Diese Erinnerungen können nach Einschätzung der Neurowissenschaften nämlich nur durch Aktivierung der betroffenen neuronalen Netzwerke geändert oder gelöscht werden, nicht durch darüber reden: „Das bewusste Ich ist nicht in der Lage, über Einsicht oder Willensentschluss seines emotionalen Verhaltens Strukturen zu ändern; dies kann nur über emotionale bewegende Interaktion geschehen.“ (Gottwald 2006, 132, vgl. auch Roth 2001, Polenz-Michel/Grassmann 2006) Dies korreliert mit einer Grundannahme der KPT: „Körperpsychotherapeuten gehen von der Annahme aus, dass zentrale Bestandteile der persönlichen Narration nur im inneren sensorischen Feld erreichbar und in den motorischen Mustern und Gewohnheiten des Menschen existenziell begründet sind.“ (Bentzen 2006, 304) Das heißt, dass die Aktivierung der leiblichen Erinnerungen und der sie begleitenden Emotionen, die ja in der Körperpsychotherapie leichter zugänglich sind, ein Schlüssel zur Heilung sind. Umgekehrt bedeutet dies übrigens auch, dass eine solche Reaktivierung alten Traumas ohne ändernde Intervention die neuronalen Bahnen vertieft und das Trauma oder Verhalten verfestigt. Die Konsequenz: „Körperpsychotherapie dürfte besonders gut geeignet sein, einen unmittelbaren Zugang zum impliziten Gedächtnis und damit zum Unbewussten zu bieten. [...] Ganzheitliche körperliche Neuerfahrungen können möglicherweise traumatische Erfahrungen löschen.“ (Gottwald 2006, 124)

Anhand dieser Studien lassen sich laut Gerhard Roth (2001), Eric Kandel (2006, 2008), Hans Markowitsch (2009) und Mark Solms (Solms et al. 2007) auch zentrale Annahmen der Tiefenpsychologie erklären: „Zentrale Thesen von Sigmund Freud und damit auch eine tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie werden durch die neurobiologischen Forschungsergebnisse untermauert, insbesondere die Lehre von der Dominanz

des Unbewussten, der frühkindlichen Entstehung von Neurosen, aber auch, wie im Traum Tagesreste verarbeitet werden.“ (Roth 2001, 454)

Befürworter der Neurowissenschaften sehen in diesen Erkenntnissen eine Annäherung zwischen Human- und Naturwissenschaften. Doch neben den euphorischen Stimmen gibt es ebenso kritische. Viele Psychoanalytiker mahnen, dass „man nicht übersehen darf, dass der neurobiologische, informationstheoretisch akzentuierte Begriff nur bedingt mit Freuds konfliktorientierter, dynamischer Theorie des Unbewussten übereinstimmt“ (Lütkehaus 2006) und dass die Neurowissenschaft im Prinzip nichts Neues entdeckt: Sie bietet lediglich Erklärungsansätze für bereits Bekanntes. „Die wissenschaftliche Methode wird mehr für die Verifikation als für die Entdeckung herangezogen, und es ist die Verifikation, die dem scheinbaren Unterschied zwischen Mystik und westlicher Wissenschaft zugrunde liegt.“ (Deikman 1982, 28) Die Neurowissenschaften machen die KPT somit zwar anschlussfähig an den wissenschaftlichen Mainstream, Kritiker aus den Reihen der Körperpsychotherapie sehen jedoch die Gefahr, dass man in der Hoffnung, endlich Anerkennung über den – den wissenschaftlichen Diskurs dominierenden – Weg der Naturwissenschaften zu erhalten, den humanistischen Kern der Körperpsychotherapie in den Hintergrund stellt.

„Längst hat der ingenieurwissenschaftliche Enthusiasmus der Postmoderne auch die Körperpsychotherapie erfasst. Dies wird auch deutlich an der überschwänglichen Begeisterung für die boomende Neuropsychologieforschung. Bei aller Bestätigung, die gerade das Feld der Körperpsychotherapie und ihr praktisch intuitives Wissen durch diese Forschung erhält, bleibt Vorsicht geboten. Gerade im Bezug auf den Körper bleibt die Gefahr, dass dieser erneut zu einem Anhängsel des Gehirns wird; dass in Bezug auf psychische Symptomatik die historische Dimension, um die Freud gegen eine gehirnfixierte Psychiatrie gerungen hat, erneut verloren geht.“ (Marlock 2003)

Hier schwingt die begründete Angst mit, dass die Körperpsychotherapie auf eine Therapie zur Neuverdrahtung reduziert wird und dass beim Fokus auf „korrigierenden Neuerfahrungen“ (Gottwald 2006, 134) behavioristische Aspekte die Arbeit dominieren und Sinnzusammenhänge verloren gehen: „Das Einzelne, zum Beispiel ein Symptom, wird nur aus dem Sinnzusammenhang

eines Ganzen verständlich; im Fall eines Symptoms nur wenn es gelingt, seine *Bedeutung* in einem Beziehungsgefüge, in dem sich frühere und gegenwärtige Erfahrungsebenen vermengen, zu entschlüsseln.“ (Marlock 2006b, 142)

Das den Neurowissenschaften zugrundeliegende mechanistische Menschenbild passt in den derzeitigen gesundheitspolitischen Trend zu Technologisierung und Schnelltherapien. Gerade diese sind jedoch mit körperpsychotherapeutischem Arbeiten meines Erachtens inkompatibel. Sich in diesen Reigen einzuordnen unterstützt die wachsende Annahme, dass das Wesen psychischer Erkrankungen mit MRTs und Transmitterbestimmung zu ergründen ist und dass Gehirnstrukturänderung und Pharmakologie Alternativen zur Psychotherapie sein könnten. Von daher bleibt zu bedenken, ob die Körperpsychotherapeuten vorschnell mit diesem Menschenbild fusionieren sollten oder ob man in Besinnung auf die eigenen Wurzeln den phänomenologischen Blick auf die menschliche Psyche durch eine neue „Forschungskultur“ (Geißler 2000, 418) stärken sollte.

6.3 KPT Institute in Deutschland

Die großen deutschen Ausbildungsinstitute für körperpsychotherapeutische Weiterbildung werden in Deutschland von der Deutschen Gesellschaft für Körperpsychotherapie (DGK) vertreten. Die DGK ist auch berufspolitischer Dachverband der Körperpsychotherapeuten. Zu ihren Mitgliedschaftskriterien gehören Mindeststundenzahlen an Ausbildung an einem anerkannten Institut (600 Std.), Eigentherapie bei einem Körperpsychotherapeuten (150 Std.), Supervision (100 Std.) und eigener Berufspraxis (600 Std.).³⁴

Die DGK ist die deutsche Sektion der European Association for Body Psychotherapy (EABP), die ihrerseits Kriterien für die Vergabe eines ECP Zertifikates (European Certificate of Psychotherapy) für Psychotherapeuten jeder Richtung anlegt: 3200 Stunden Ausbildung über sieben Jahre, davon drei Jahre als Universitätsstudium (oder Äquivalent) der Human- oder

³⁴ Eine detaillierte Auflistung der Kriterien finden sich auf der Homepage der DGK (www.koerperpsychotherapie-dgk.de).

Sozialwissenschaften und mindestens vier Jahre speziell in Psychotherapie. Die Ausbildung muss Eigetherapie (250 Stunden), supervidierte Berufspraxis (zwei Jahre), klinische Berufserfahrung und theoretische Studien wie Psychopathologie, Diagnose und Intervention sowie Psychotherapeutische Verfahren einschließen.³⁵ Diese Bedingungen entsprechen in etwa den Bedingungen der amerikanischen Lizenzierungskommission (Board of Behavioral Sciences) an Psychotherapeuten (M. A.). Die Anforderungen an eine deutsche Psychotherapieapprobation sind vergleichsweise höher, weshalb deutsche Psychotherapeuten, die den regulären Weg von Psychologiestudium und Zusatzausbildung absolviert haben, leicht ein ECP erhalten können. Für Körperpsychotherapeuten sieht dies anders aus. Hier sind Körperpsychotherapeuten europäischer Länder, in denen ein Universitätsabschluss (B. A. oder M. A.) in einem psychotherapeutischen Verfahren möglich ist, klar im Vorteil. Die Ausbildung zum Körperpsychotherapeuten existiert in Deutschland bisher nur über private Weiterbildungsinstitute. Sie ist zum einen mit großem finanziellen Aufwand verbunden (derzeit ca. 10.000,- Euro für eine drei- bis vierjährige, berufsbegleitende Ausbildung), zum anderen sind die Abschlusszertifikate für offizielle Lizenzierungen nicht anerkannt. Diesbezüglich würde eine Akademisierung der KPT in Deutschland den Körperpsychotherapeuten eine Anerkennung ihrer Ausbildung gewährleisten und die Erlangung eines ECP wesentlich erleichtern.

Bei den Weiterbildungsinstituten der KPT und körperorientierten Psychotherapie muss zwischen verfahrensspezifischen Instituten (Bioenergetik, Biosynthese, KBT, Hakomi, Gestalttherapie, Psychodrama etc.) und verfahrensübergreifenden oder -integrierenden Instituten unterschieden werden. Für einen schulenübergreifenden Studiengang sind nur Letztere inhaltlich von Relevanz. Die Rahmenbedingungen aller Weiterbildungsinstitute unterscheiden sich jedoch nicht wesentlich. Die namhaften,

³⁵ Eine detaillierte Auflistung der Kriterien finden sich auf der Homepage der EABP (www.eabp.org).

schulenübergreifenden KPT-Institute und ihre Ausbildungsgänge werden im Folgenden kurz vorgestellt:

1. Das *Zentrum für Integrative Körpertherapie und Humanistische Psychologie* in Frankfurt unter Leitung von Gustl Marlock und Ilse Schmidt-Zimmermann vertritt den Ansatz der *Unitiven / Integrativen Körperpsychotherapie*. Diese Methode basiert auf psychodynamischen und gestalttherapeutischen Grundlagen, sowie der existenziellen Psychotherapie. Die Ausbildung behandelt zusätzlich zu den Grundlagen des Verfahrens Themen wie: Therapeutische Beziehung, Therapeutischer Prozess und Störungsspezifische KPT. Die vier Ausbildungsjahre á 150 Stunden werden wie bei allen KPT-Ausbildungen in Form von Wochenendseminaren absolviert.
2. Die Münchener Arbeitsgruppe für körperorientierte Psychotherapie in München unter Leitung von George Downing bildet in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie aus. Die Ausbildung umfasst 261 Unterrichtseinheiten (á 45 Minuten), die in drei bis vier Jahren absolviert werden. Es werden außerdem 60 Stunden Supervision und 80 Stunden Eigentherapie verlangt. Auch diese Ausbildung beginnt mit Grundlagen und Selbsterfahrung und vertieft dann Themen wie Gehirn / Geist, Kurzzeit-Therapie, Trauma, „Mindfulness und der Körper“ und die Arbeit mit Träumen.
3. Die Heilakademie in München bildet innerhalb von dreieinhalb Jahren (ca. 600 Stunden) in Körperorientierter Psychotherapie aus. In den ersten drei Halbjahren, der Basisausbildung, werden Grundlagen der Psychopathologie, Entwicklungspsychologie und Körperpsychotherapie vermittelt und auf die Heilpraktikerprüfung (HP Psychotherapie) vorbereitet. Die folgende Klinische Stufe bietet Supervision bei der Arbeit mit eigenen Klienten und behandelt Schwerpunktthemen wie Familientherapie, Psychotherapie und Spiritualität, Imagination,

Krisenintervention, Atemtherapie, Arbeit mit Träumen und Übertragung / Gegenübertragung.

4. Die DGK in Berlin bietet unter Leitung von Manfred Thielen eine einjährige Fortbildung á 20 Tagen an. Zur Zielgruppe gehören bereits ausgebildete Therapeuten. In Wochenendseminaren werden von namhaften Vertretern Themen wie Säuglingsforschung, Psychosomatik und analytische KPT behandelt.

Die Körperpsychotherapie-Institute zielen mit ihren Ausbildungen offiziell auf bereits ausgebildete Psychotherapeuten, sowie Mediziner, Psychologen und Hochschulabsolventen der Human- und Sozialwissenschaften. In der Realität sieht es jedoch so aus, dass sich Mediziner und Diplompsychologen eher für die anerkannte Zusatzausbildung und damit eine Approbationsmöglichkeit und Kassenzulassung entscheiden. Auch Hochschulabsolventen wie Pädagogen profitieren in der Regel beruflich nicht so sehr von einem KPT-Verfahren, als dass sich die Weiterbildung als Investition auszahlen würde. Lediglich für Diplomsportlehrer bietet die Ausbildung eine Möglichkeit, ihr Berufsbild in Kliniken zu erweitern. Die Mehrzahl der Teilnehmer besitzt deshalb Berufsabschlüsse in den Pflege- und Sozialberufen, arbeitet als Fachtherapeut (Ergo- oder Physiotherapie) in Kliniken oder sozialen Einrichtungen und kann die Ausbildungsinhalte gut im Berufsalltag umsetzen. Das bedeutet, dass die Ausbildungsinstitute, die sich anspruchsvolle Aufnahmekriterien gesetzt haben, diese erheblich lockern müssen, um ihre Existenz nicht zu gefährden. Das Hakomi Institut unter der Leitung von Halko Weiss konzipiert daher seine Ausbildung von vornherein für Personen, die „in irgendeiner Form mit Menschen im therapeutischen oder beratenden Rahmen tätig sind“ (Hakomi 2009).

So betrachtet stellt ein Studiengang in Körperpsychotherapie keine Konkurrenz zu den Instituten dar, denn das Ausbildungsniveau der Institute muss ja an das zahlende Klientel angepasst werden und kann nicht auf Universitätsniveau stattfinden. Der Studiengang Körperpsychotherapie wäre jedoch seinerseits ein

möglicher „Zulieferer“ für KPT-Institute, die Fort- und Weiterbildungen speziell für akademische Körperpsychotherapeuten anbieten könnten.

6.4 Bedeutung der Körperpsychotherapie für die Psychosomatik

Die Relevanz der Körperpsychotherapie in der Praxis zeigt sich besonders bei der Behandlung psychosomatischer Störungen. Dass der Körper spricht und seelische Zustände zum Ausdruck bringt ist die zentrale Annahme der Psychosomatik, und ist gleichzeitig eines der wichtigsten Fundamente der körperpsychotherapeutischen Tradition (Marlock 2006b, 144). Was der Begründer der Psychosomatik Thure von Uexküll zeitlebens mit seinen Mitteln zu zeigen versuchte, nämlich dass die Erfahrungen, die ein Mensch in der frühen Kindheit macht, die Gesundheit im Erwachsenenalter durchaus erheblich und nachhaltig beeinflussen, basiert auf Grundannahmen der Psychoanalyse, die mit ihrem Triebmodell als einzige ein Wirkungs-System für die Körper-Geist-Seele-Interdependenz vorweisen kann (Totton 2002, 207). Dementsprechend dominieren Psychoanalytiker die Lehrstühle der Psychosomatik an den medizinischen Fakultäten (Geuter 1999a, 64) und psychosomatische Kliniken sind fast ausschließlich analytisch oder tiefenpsychologisch ausgerichtet (Budjuhn 1997, 9). In diesen stellt die Körperpsychotherapie ein zentrales Behandlungsverfahren dar (vgl. Geuter 2002).

Dies ist besonders für die Alexithymie bedeutsam, die sich bei vielen Psychosomatikern findet: „Die Körperpsychotherapie scheint besonders prädestiniert zu sein, implizite und traumatische Erinnerungen in explizite und damit verbalisierungsfähige Erinnerungen zu verwandeln.“ (Gottwald 2006, 132) Alexithymie bezeichnet die Unfähigkeit, seine Gefühle in Worte zu fassen und aufgrund des mangelnden symbolischen Transfers auch nicht zwischen verschiedenen Gefühlen unterscheiden zu können. Es wird vermutet, dass der alexithyme Patient deshalb seine Erlebnisse nicht mit Hilfe einer gesunden Abstraktionsfähigkeit bearbeiten kann, und sich stattdessen des Körpers als Ausdrucksmedium bedient. Ziel der Therapie ist es, den Zusammenhang zwischen Erleben und Körperreaktion bewusst zu machen. Die KPT ist

aufgrund ihrer Kombination von verbalen und nonverbalen Anteilen hierfür die Behandlungsmethode erster Wahl.

Deutsche Bewegungs- und Körperpsychotherapeuten befinden sich in dieser Hinsicht in einer einzigartigen Situation. Die Psychosomatik ist eine traditionell deutsche Einrichtung, mit mehr Spezialkliniken deutschlandweit als im Rest der Welt, weshalb psychosomatische Kliniken ein wichtiges Berufsfeld von Körperpsychotherapeuten darstellen. An der Bedeutung dieses Arbeitsfeldes wird sich auch in Zukunft nichts ändern, es wird eher ausgeweitet werden: Psychosomatische Erkrankungen nehmen ständig zu (Schneider 2006, 157) und sie verursachen erhebliche Kosten im medizinisch-diagnostischen Bereich, da sie nicht schnell genug als psychische Störungen erkannt werden. „So beträgt die Zeitspanne zwischen erster Arztkonsultation in Zusammenhang mit diesen Beschwerden und Aufnahme in einer Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie durchschnittlich sieben Jahre.“ (Streeck et al. 1986, 103 ff.) 40 Prozent der Patienten in der Psychosomatik gehen in den zwei Jahren vor dieser Aufnahme mehr als 40 Mal und 12,5 Prozent sogar mehr als hundert Mal zum Arzt (Federschmidt 1996, 4).

Die insgesamt etwa 78 psychosomatischen Kliniken in Deutschland sind als potentielle zukünftige Arbeitgeber der akademischen Körperpsychotherapeuten daher für die vorliegende Arbeit besonders interessant und wurden in eine Studie einbezogen, die im nächsten Kapitel vorgestellt wird.

III Bedarfsanalyse

Wie zuvor erörtert, stellen die psychosomatischen Kliniken das Hauptarbeitsfeld für zukünftige akademische Körperpsychotherapeuten dar. Da bei der Akkreditierung eines neuen Studienganges immer auch ein gesellschaftlicher Bedarf nach der (steuergeldfinanzierten) Ausbildung und den zukünftigen Absolventen nachgewiesen werden muss, wurden im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Chefarzte der psychosomatischen Kliniken Deutschlands unter anderem zu ihrem Bedarf nach akademischen Körperpsychotherapeuten befragt. Ein Fragebogen, der extra für die Bewegungs- und Körperpsychotherapeuten ausgearbeitet worden war, konnte mangels Teilnehmerzahl ($n < 20$) nicht ausgewertet werden. Die Befragung der Klinikleiter verzeichnete jedoch genügend Rücklauf und brachte interessante Resultate, die hier vorgestellt werden.

1 Methode

1.1 Die Bedarfsanalyse

In dieser Studie wurden die Chefarzte von 74 Kliniken mit der Bitte angeschrieben, an einer Bedarfsanalyse teilzunehmen. Insgesamt haben 27 Kliniken geantwortet und tatsächlich sind 32 Fragebögen eingegangen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von etwa 40 Prozent. Ergänzt wurde der Fragebogen durch zwei qualitative Interviews mit dem Chefarzt einer analytischen und dem Chefarzt einer humanistisch ausgerichteten psychosomatischen Klinik (Janta 2008; Oppl 2008).

1.2 Der Fragebogen

Der Fragebogen, der aus vier Items bestand (siehe Anhang ii), wurde in 31 Fällen vollständig ausgefüllt. Ein unvollständiger Fragebogen wurde von der Datenanalyse ausgeschlossen.

Bei den ersten beiden Fragen wurde eine 10-Punkt-Skala vorgegeben, bei welcher die Teilnehmer ihre Beurteilung zwischen 1 (Unwichtig) bis 10 (Sehr wichtig) abgeben sollten. Die erste Frage ließ die Wichtigkeit der Körperpsychotherapie (KPT) für die Psychosomatik einschätzen. Aufgrund der zentralen Stellung der Körperpsychotherapie bei der Behandlung psychosomatischer Krankheiten waren hohe Antwortwerte zu erwarten, analog einer Studie von Olbrich (2004), in der die Frage nach der Bedeutung der Kreativtherapien in psychosomatischen Kliniken ($N = 44$) auf einer Skala von 0 bis 10 mit einem Mittelwert von $M = 8.9$ angegeben wurde.

In der zweiten Frage der vorliegenden Bedarfsanalyse sollte eine Einschätzung abgegeben werden, wie relevant eine akademische Ausbildung für Körperpsychotherapeuten sei. Aufgrund der Tatsache, dass die Chefärzte keine Erfahrung mit akademischen Körperpsychotherapeuten haben können, konnte diese Frage nur aufgrund bestehender Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem Ausbildungsniveau der derzeitigen Körperpsychotherapeuten beantwortet werden, und / oder aufgrund der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem Niveau akademischer Psychotherapeuten.

Die dritte Frage ist von großer Bedeutung für die Akkreditierung des neuen Studienganges. In dieser Frage sollten die Chefärzte entscheiden, ob sie bei der Einstellung eines neuen Mitarbeiters einen akademischen Körperpsychotherapeuten einem nicht-akademischen Körperpsychotherapeuten vorziehen würden. Die Ausbildung der akademischen Körperpsychotherapeuten wurde anhand von drei Stichpunkten erörtert:

- Bachelorabschluss in z. B. Psychologie, Pädagogik oder Sportwissenschaft als Voraussetzung
- Zweijähriges universitäres Masterstudium *Körperpsychotherapie* inklusive Selbsterfahrung und Supervision
- Klinisches Jahr nach Masterabschluss als *Körperpsychotherapeut im Praktikum* (KIP) mit begleitender Weiterbildung im An-Institut der Universität

Bei dieser Frage waren nur die Kategorien Ja (1) und Nein (2) vorgegeben. Es gab keine fehlenden Datenpunkte.

Im vierten Item, das Teil der dritten Frage war, wurden die Teilnehmer, die Frage 3 mit Nein beantwortet hatten, aufgefordert, ihre Entscheidung kurz in Stichworten zu begründen. Es wurde erwartet, dass die negative Entscheidung finanzielle Gründe hatte oder dass einer akademischen Ausbildung kein großer Vorteil abgewonnen werden konnte oder dass durch die Gleichstellung der Körperpsychotherapeuten mit Psychologen und Ärzten vielleicht Schwierigkeiten in der Teamdynamik erwartet wurden.

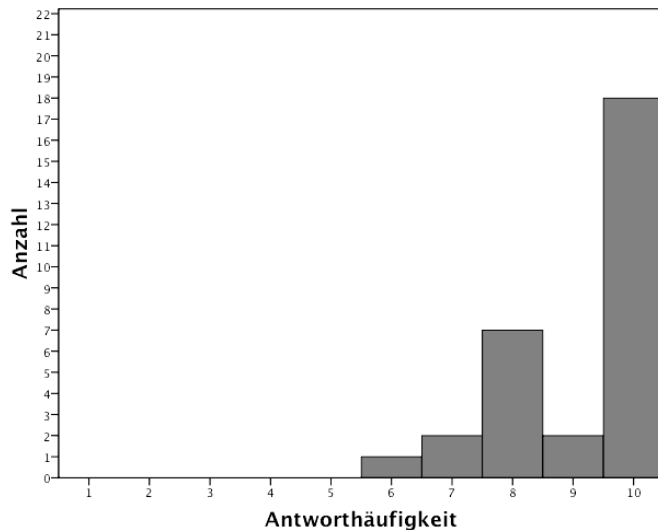
2 Ergebnisse

2.1 Auswertung des Fragebogens

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit SPSS, einem Softwareprogramm zur wissenschaftlichen Datenanalyse (siehe Tabellen: Anhang iii).

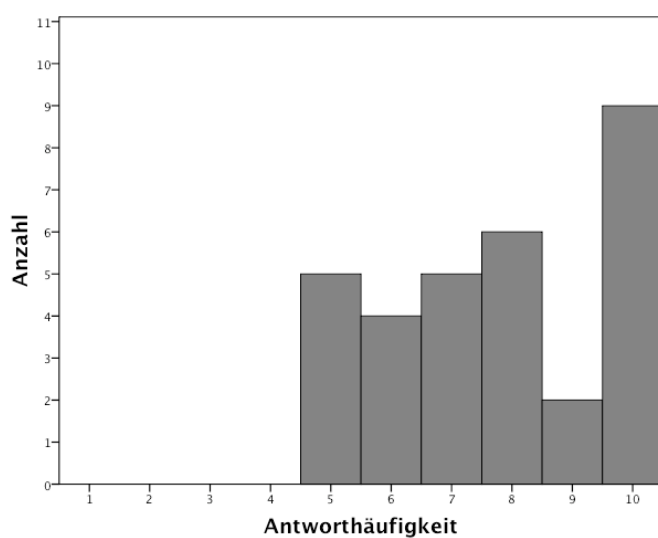
2.1.1 Einzelitems

Bei Frage 1 nach der Wichtigkeit der KPT für die Psychosomatik ergab die Untersuchung einen hohen Mittelwert von $M = 9.16$ (mit einer Standardabweichung von $SD = 1.19$). Der niedrigste angegebene Wert liegt bei 6 und der meistgenannte Wert war bei diesem Item 10 (sehr wichtig). Insgesamt gaben knapp zwei Drittel aller Befragten „sehr wichtig“ an (61.3 %). Nur drei Ärzte berichteten eine Zustimmung die kleiner war als 8 (9.7 %; siehe Tabelle 1 und 2 sowie Grafik 1).



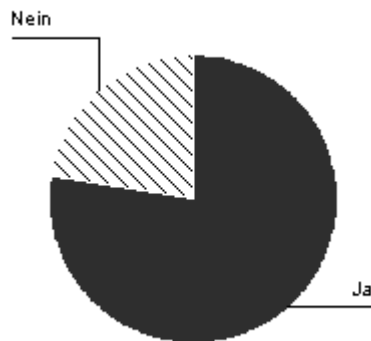
Grafik 1: Verteilung der Antworten auf Frage 1

Bezüglich der zweiten Frage streute das Antwortverhalten der Befragten etwas mehr. In diesem Item wurde erfragt, wie wichtig eine fachspezifische, akademische Ausbildung für Körperpsychotherapeuten sei. Der *Range* lag hier auch deutlich im Zustimmungsbereich, und zwar zwischen 5 und 10 bei einem Mittelwert von $M = 7.74$ ($SD = 1.84$; siehe Tabelle 1 und 3). Auch wenn der Modus (der am häufigsten genannte Wert) hier erneut 10 ist, so gaben fast die Hälfte aller Befragten einen Wert kleiner oder gleich 7 an (45.2 %). Weniger als ein Drittel stimmte mit einer Wertung von 10 voll zu (29 %; siehe Grafik 2).



Grafik 2: Verteilung der Antworten auf Frage 2

Der bevorzugten Einstellung eines akademischen Körperpsychotherapeuten stimmten in Frage 3 mehr als drei Viertel aller Ärzte zu (77.4 %). Da keine Enthaltung möglich war, stimmten die restlichen sieben Ärzte mit Nein (22.6 %). Dies ergibt einen Mittelwert von $M = 1.23$ ($SD = .425$, siehe Grafik 3 und Tabelle 1).



Grafik 3: Verteilung der Antworten auf Frage 3

Im vierten Item, der Frage nach den Gründen für eine vorangegangene negative Antwort, wurden folgende Aussagen gemacht:

- Letztlich entscheidet die persönliche Kompetenz, wenngleich eine akademische Ausbildung hoffentlich bessere fachliche Grundlagen vermittelt.
- Ein universitärer Abschluss bedingt nicht regelhaft eine bessere therapeutische Qualifikation und eine bessere Passung in ein bestehendes Therapie-Team.
- Hängt von der individuellen Qualifikation ab.
- Unabhängig vom akademischen Grad ist mir selbstverständlich die therapeutische Kompetenz, die innere Haltung, die positive Wertung von „Ressourcenorientierung“, Wertschätzung und Kooperationsbereitschaft neben sozialer Kompetenz und Authentizität als Person und für die Methode von Bedeutung.
- Genauer gesagt kommt es auf die verfügbaren Stellen an. Weitere Akademikerstellen sind in der Klinik sehr viel schwieriger zu realisieren,

weil teuer. Auch nicht-akademisch gebildete Körperpsychotherapeuten können wertvolle Mitglieder im Team sein, wenn sie in die Teambesprechungen eingebunden sind und über die Ziele der Behandlung informiert sind.

- Persönlichkeit, fachliche Ausbildung, Berufserfahrung sind die drei entscheidenden Auswahlkriterien, keines für sich alleine.
- Nicht prinzipiell – bei einer Personalentscheidung müssen auch individuelle, z. B. langjährige therapeutische Erfahrungen und entsprechende Fort- und Weiterbildungen angemessen berücksichtigt werden.

Es wurden zwei der erwarteten Begründungen – die akademische Ausbildung als weniger wichtiges Kriterium sowie finanzielle Gründe – angegeben, wobei die Mehrheit der sieben Ärzte die Persönlichkeit und therapeutische Kompetenz als entscheidendes Kriterium erachtete. Ein Chefarzt bezieht sich auch auf die Mehrkosten für Akademiker.

Im Rückblick wäre es besser gewesen, alle Teilnehmer um eine Begründung ihrer Entscheidung (Ja oder Nein) zu bitten. Es wäre nämlich ebenso interessant gewesen, die Beweggründe für die Einstellung zu erfahren, insbesondere ob diese Entscheidung sich auf negative Erfahrung mit dem derzeitigen Niveau der Körperpsychotherapeuten stützt oder auf positive Erfahrungen mit den akademischen Psychotherapeuten, und demzufolge einem Wunsch, mehr akademische Mitarbeiter zu haben. Möglicherweise hätten sich auch noch ganz andere Beweggründe herausgestellt.

2.1.2 Korrelationen und multiple Regression

Um nun herauszufinden, ob ein korrelativer Zusammenhang zwischen den ersten beiden Fragen (Items 1 und 2) und der Einstellungsentscheidung in Frage 3 (Item 3) existiert, wurde eine lineare Regression errechnet. Eine Regression ist eine statistische Methode, um aufgrund von verschiedenen Faktoren oder Variablen eine andere Unbekannte vorherzusagen. In diesem Fall bedeutet dies, dass versucht werden sollte, die Einstellungsentscheidung

mit Hilfe der ersten beiden Items vorherzusagen. Die Korrelationsmatrix (siehe Tabelle 4) verrät bereits, dass eine signifikante Korrelation zwischen Item 2 und Item 3 existiert ($r = -.476$, $p < .01$). Da diese Korrelation negativ ausfällt, kann man schließen, dass eine hohe Wichtigkeit einer akademischen Schulung mit einer starken Tendenz zur bevorzugten Einstellung eines Akademikers (Ja = 1) verbunden ist. Die weiteren zwei Interkorrelationen (Item 1 mit Item 2 sowie Item 1 mit Item 3) zeigen keine statistische Bedeutsamkeit ($p > .05$) und spiegeln tendenziell nicht zu erwartende Ergebnisse wieder. Item 1 und Item 3 sind leicht positiv verknüpft, was bedeutet, eine hohe Wichtigkeit der KPT geht mit niedriger Einstellungsbereitwilligkeit einher. Zudem existiert zwischen den beiden ersten Fragen (Item 1 und Item 2) ein negativer (wenn auch nicht bedeutsamer) Zusammenhang, was ebenfalls nicht zu erwarten war. Das bedeutet, dass tendenziell die Chefärzte, die die KPT als sehr wichtig erachten, eine akademische Ausbildung als weniger wichtig beurteilen. Da diese Ergebnisse jedoch nicht signifikant sind, sind sie nicht näher zu diskutieren.

Das präsentierte Regressionsmodell zeigt ebenfalls Signifikanz auf einen α -Niveau von 5 % ($p = .027$). Die multiple Korrelation liegt in diesem Fall bei $R = .477$. Das bedeutet, dass $R^2 = 22.8$ % der Varianz der Antwort auf Frage 3 durch das Regressionsmodell erklärt werden können (Tabelle 5). Bei einem genauem Blick auf die β -Gewichte wird klar, dass dieses bedeutsame Ergebnis aufgrund der erwähnten signifikanten Korrelation zwischen Item 2 und Item 3 zustande kommt. Erwartungsgemäß ist auch nur das standardisierte β -Gewicht für das relevante Item 2 signifikant ($\beta = -.470$; $p = .01$). Im Vergleich dazu liegt das β -Gewicht für die erste Frage nur bei $\beta = .033$ ($p = .848$), was kaum Prädiktionskraft im Modell durch diesen Faktor bedeutet.

Festhalten lässt sich also, dass nur das zweite Item einen bedeutsamen Beitrag zur Varianzaufklärung der Einstellungsfrage leistet. Das Regressionsmodell mit beiden Prädiktoren kann jedoch trotzdem insgesamt als signifikant angenommen werden.

3 Fazit und Ausblick

Fazit des Fragebogens ist, dass die meisten Chefärzte die KPT für sehr wichtig halten, aber dass sich aus dieser Einschätzung keine Vorhersage ableiten lässt, ob dies auch zu einer bevorzugten Einstellung eines akademischen Körperpsychotherapeuten führen würde. Die Chefärzte, die eine akademische Ausbildung als besonders wertvoll erachten, sind jedoch auch eher bereit, einen akademischen Körperpsychotherapeuten einzustellen, und zwar mit einer Mehrheit von 77.4 %. Dieses Ergebnis ist hoch relevant, da ein akademischer Mitarbeiter eine Klinik bekanntermaßen mehr kostet als ein Nichtakademiker. Bei den derzeitigen Einsparungen in allen Gesundheitsbereichen – sowohl in Bezug auf Leistungen als auch Gehälter – zeigt dieses Feedback den dringenden Bedarf nach besser ausgebildeten Körperpsychotherapeuten. Dr. Janta, Leiter der Klinik Wittgenstein in Bad Berleburg, bestätigt dies: „Ich würde einen Akademiker erst mal freiweg bevorzugen, ich denke der hat mehr Background, eine fundiertere Ausbildung, auch gerade der theoretische Background, das ist sicher von Vorteil.“ (Janta 2008)

Die Problematik der Finanzierung wurde dennoch von beiden interviewten Chefärzten angesprochen. Auch ein Chefarzt, der Akademiker bevorzugen würde, gibt in Item 4 auf seinem Fragebogen zu Bedenken, dass Körperpsychotherapeuten (z. B. KBT-Therapeuten) von den Krankenkassen nicht als Akademiker eingestuft werden (Pflegesatzverhandlungen), so dass derzeit nur ein nicht-akademischer Gehaltssatz für den Körperpsychotherapeuten verfügbar ist – unabhängig von seiner Qualifikation. „Es ist leider alles eine Kostenfrage!“ resümiert er. Das neue Berufsbild des akademischen Körperpsychotherapeuten müsste also auch in den Pflegesatzverhandlungen neu verhandelt werden. Es bleibt in diesem Zusammenhang zu spekulieren, ob sich die Einstellung „Ein akademischer Körperpsychotherapeut wäre schön, aber das können wir uns nicht leisten!“ mit einer weiten Verbreitung dieses neuen Berufsbildes nicht doch ändern wird. Wenn die psychotherapeutische Ausbildung der Psychologen zunehmend in Masterstudiengänge verlegt wird, werden sich die Grenzen zwischen den

verschiedenen akademischen Therapeuten auflösen. Es ist vorstellbar, dass dann die ansteigenden Gehaltsausgaben für Körperpsychotherapeuten sowohl von den Krankenkassen als auch von den klinischen Geschäftsleitern irgendwann genauso akzeptiert werden wie die Gehälter für Psychologen und Ärzte. Diese Zukunftsvision ist trotz der derzeitigen Kürzungen im Gesundheitssektor durchaus realistisch. Dr. Janta prognostiziert eine Verbesserung der derzeitigen finanziellen Situation, denn in seinen Gesprächen mit Krankenkassenvertretern wurden von diesen verstärkte Investitionen in psychosomatische Kliniken zugesagt: „Ich glaube, dass in den letzten drei Jahrzehnten in der Öffentlichkeit, bei den Politikern und bei den Krankenkassen angekommen ist und anerkannt wird, dass seelisch bedingte Erkrankungen häufig sind. Sie fallen sehr ins Gewicht, weil sie viele Menschen betreffen. Man hat anerkannt, man muss sich um seelisch erkrankte Menschen kümmern und man braucht gute Behandlungsmöglichkeiten dafür.“ (Janta 2008)

Auch Dr. Oppl, Leiter der Klinik Bad Herrenalb, würde trotz Mehrausgaben einen akademischen Körperpsychotherapeuten bevorzugen und generell einen psychotherapeutischen Studiengang sehr begrüßen: „Die Psychologischen Psychotherapeuten, die aus dem Studium kommen, die müssen ja erst mal eine ganze Weile mitlaufen und lernen. Die sind ja überhaupt nicht in der Lage, hier in der Patientenversorgung gleich eingesetzt werden zu können.“ (Oppl 2008)

Sicherlich würde sich durch die Aufwertung der Körperpsychotherapeuten in der Dynamik der Klinikteams etwas ändern, zumindest bis sich die Hierarchieverschiebung eingespielt hat. Welcher Art diese Effekte sind, bleibt abzuwarten. Nach seiner Prognose befragt, sagt Dr. Janta dazu: „Ich würde einen Vorteil vermuten, weil das Erfahrungs- und theoretische Niveau im Team eher steigt, und – wenn man so will – die Psychologen und Ärzte als Vergleich nimmt, dass man auf diesem Niveau arbeiten und sich austauschen kann.“ (Janta 2008) Prof. Dr. Milch vom Universitätsklinikum Marburg und Giessen vermutet, dass „jemand mit dieser Ausbildung ein ganz eigenes Arbeitsfeld besetzen würde. [...] Das kann ich mir für die Psychiatrie auch vorstellen, das heißt, ich sehe durchaus einen Bedarf in der Praxis.“ (Milch 2009)

Die vorliegende Bedarfsanalyse bietet ein eindeutig positives Ergebnis für die wichtige Frage, ob überhaupt ein gesellschaftliches Interesse an akademischen Körperpsychotherapeuten besteht. Es zeigt sich ein „Bedarf am Arbeitsmarkt, der bisher noch von keinem anderen Studiengang in derart konzentrierter Form befriedigt wird“ (Seewald 2009). Im Rahmen der Einrichtung eines Studienganges Körperpsychotherapie wäre es jetzt interessant – wie schon zuvor erwähnt – weitere qualitative Interviews mit Chefärzten zu führen, um auch die Beweggründe für die mehrheitlich gewünschte Akademisierung zu erfahren und das Curriculum so noch gezielter auf die Berufspraxis abstimmen zu können.

IV Körperpsychotherapie an der Universität

1 Die Körperpsychotherapie in den USA

Bei der Betrachtung und Adaption eines ausländischen Curriculums müssen auch immer die jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen es entstanden ist, berücksichtigt werden. Im Falle der amerikanischen KPT sind dies zum einen historische Strömungen: Die Körperpsychotherapie in den USA wurde stärker als die deutsche von der humanistischen Bewegung geprägt, die in Kalifornien ihren Ursprung hatte. Auch drei der vier Universitäten, an denen die KPT als eigener Masterstudiengang akkreditiert ist, liegen in Kalifornien. Zum anderen prägen universitäre Rahmenbedingungen und gesundheitspolitische Verhältnisse das amerikanische Studium. Deshalb sind nicht alle Lehrinhalte eines amerikanischen Curriculums auf ein deutsches Masterstudium übertragbar. Im Gegenzug müssen deutsche Besonderheiten – wie die Psychosomatik und etablierte KPT-Verfahren – beim Entwurf berücksichtigt werden.

Dieses Kapitel soll einen Überblick über das amerikanische KPT-Studium, seine Inhalte, Struktur und Studierlogik geben, die landestypischen Gegebenheiten erklären, die dem Curriculum zugrunde liegen, und die jeweiligen Adaptionmöglichkeiten nach Deutschland bzw. mögliche Alternativen oder Ergänzungen diskutieren.

1.1 Psychotherapie

Die psychotherapeutische Versorgung in den USA unterscheidet sich wie auch die medizinische Versorgung in vieler Hinsicht von Deutschland. Die Unterschiede bei den Kassenleistungen, der Diagnosestellung, der Ausbildung und der Zulassung von Psychotherapeuten basieren auf der Andersartigkeit der Gesellschaftssysteme und der soziokulturellen Entwicklung. Die USA sind kein Sozialstaat in unserem Sinne (vgl. Wolf/Johst 2004) und die mangelhafte Gesundheitspolitik ist schon seit Jahren ein Thema in Medien und

Wahlkämpfen. Fast alles in den USA – und dazu gehören auch Kliniken und Universitäten – unterliegt dem Gesetz des Business, ein Trend, der sich seit einigen Jahren auch in Deutschland abzeichnet. Die amerikanischen Krankenkassen bewilligen Leistungen für die Behandlung psychischer Störungen – wenn Psychotherapie überhaupt im Leistungskatalog vorkommt – weniger schnell, weniger lang und so kostengünstig wie möglich. Professor Krieg, ehemaliger Leiter der Klinik für Nervenheilkunde der Universität Marburg, veranschaulichte dies sehr deutlich, als er sagte, dass in Deutschland zur Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen Psychotherapie das Mittel der ersten Wahl sei, eventuell in Kombination mit Antidepressiva, der zweiten Wahl. Erst bei schweren, rezidivierenden und therapieresistenten Depressionen werde das Mittel der letzten Wahl, die EKT Behandlung (Elektrokrampftherapie) eingesetzt. In den USA dahingegen werde die EKT Behandlung stationär bereits viel eher angewandt, da sie ungleich billiger sei als Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Dadurch habe diese Methode im Vergleich zu Deutschland statistisch weit höhere Erfolgsquoten, da sie auch bei mittelschweren oder spontan remittierenden Fällen eingesetzt wird, die mit Psychotherapie und Medikamenten – oder sogar ohne jegliche Behandlung – wieder genesen wären. (Krieg 2005, vgl. auch Akeret 1995, 65)

Für viele amerikanische Patienten mit leichten Störungen und eher neurotischen Krankheitsbildern bedeutet dies, dass sie ihre psychotherapeutische Behandlung privat finanzieren müssen. Das wiederum hat zu einem gänzlich anderen Landschaftsbild der Psychotherapie geführt. Während in Deutschland kassenzugelassene Psychotherapeuten aus drei Richtungen – Psychoanalyse, Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie – das Bild dominieren, hat sich in den USA das Therapieangebot gemäß Angebot und Nachfrage geformt. Relativ unabhängig von Effizienzstudien wird in Anspruch genommen, was wirkt. Dazu gehören auch viele uns abenteuerlich anmutende Psychotherapien, die eher den esoterischen Praktiken zuzuordnen sind. Besonders in Kalifornien kommen und gehen Therapieverfahren in Wellen, wobei einige sich durch breites und langfristiges Interesse auch universitär

etablieren konnten. Dazu gehören Tanztherapie, Dramatherapie, Kunsttherapie und Körperpsychotherapie.

1.2 Psychologie- / Psychotherapiestudium und Approbation

Bei der Ausbildung und Zulassung von Psychotherapeuten unterscheidet man in den USA zwischen einer Ausbildung an privaten Weiterbildungsinstituten und einer Hochschulausbildung. Privatinstitute bieten ebenso wie in Deutschland Therapieausbildungen für Selbstzahler an, die über Monate oder Jahre berufsbegleitend in Form von Wochenendkursen absolviert werden. Diese Fortbildungen führen nicht zur Approbation oder Kassenzulassung.

Voraussetzung für eine Psychotherapeutenlizenz ist auch in den USA ein Master- oder Promotionsstudium in klinischer Psychologie oder Psychotherapie, das an einer staatlichen oder privaten Hochschule absolviert werden kann. Die staatlichen Universitäten sind verhältnismäßig günstig (ca. 2.000,- Dollar Studiengebühr pro Semester), die Anzahl der Studienplätze steht jedoch – wie in Deutschland auch – in keinem Verhältnis zu den Bewerberzahlen. Die Alternative zu diesen *Academic schools of psychology* sind die *Professional schools of psychology*, private Universitäten, die weniger forschungsorientiert sind und stattdessen ihren Schwerpunkt auf die Vermittlung therapeutischer Kompetenz legen. Die Studiengebühren für diese Universitäten betragen etwa 6.000,- bis 10.000,- Dollar pro Semester.

Bei aller berechtigten Kritik gegen eine Aufrechnung zentraler gesellschaftlicher Leistungen in Heller und Pfennig verhindert Amerikas Business-Philosophie kostspielige Elfenbeintürme und arbeitsmarktfremde Studiencurricula. Die amerikanischen Studiengänge und die Curricula sind wesentlich pragmatischer strukturiert und insgesamt studentenfreundlicher. Während Bildung in Deutschland allen Befähigten unabhängig von ihren finanziellen Ressourcen zugänglich sein soll, ist besonders höhere Bildung in den USA eine teure Ware. Ein amerikanisches Studium ist eine Investition, die wenigen zugänglich ist und die sich später auszahlen muss. Gerade die teuren Privatuniversitäten müssen attraktive Psychotherapiestudiengänge anbieten, die den Studenten in kurzer

Zeit eine umfassende Ausbildung, Praxiserfahrung und therapeutische Kompetenz bieten. Gelehrt wird, was dem Studenten dient und was in der Praxis wirkt. Amerika „ist ein Platz geworden, an dem am eigenen Erleben orientierte Methoden, die in einer reflektiven gemeinschaftlichen Atmosphäre entstanden sind, Vorrang hatten vor den vorgefassten Theorien, die als Ganzes aus der alten Welt importiert wurden.“ (Johnson 2006, 98)

Es existieren verschiedene Studienwege, um zu einer Psychotherapielizenz zu gelangen. Voraussetzung für alle ist ein Bachelorabschluss (undergraduate degree), wobei dieser nicht in Psychologie sein muss. Die staatlichen Universitäten verlangen ein abgeschlossenes Bachelorstudium entweder in Psychologie oder in einem Studiengang der Human-, Erziehungs- oder Sozialwissenschaften mit Wahl- oder Nebenfach Psychologie. Die privaten Universitäten wählen ihre Studenten nach anderen Kriterien aus: Ein Bachelorabschluss ist zwar Voraussetzung, das Fach ist aber nicht so relevant wie die Einschätzung der Zulassungskommission, ob jemand von seiner Persönlichkeit, seiner Introspektionsfähigkeit und seiner Eigenerfahrung mit Psychotherapie zum Psychotherapeuten geeignet ist. (vgl. hierzu Kap. IV, 1.3.1.5)

Sowohl staatliche als auch private Universitäten bieten eine Auswahl von Masterstudiengängen unterschiedlicher Psychologie- und Psychotherapieschwerpunkte, außerdem Psy. D. Programme (Psychological Doctorate).

Im Gegensatz zu Deutschland existieren zwei Arten von Psychotherapeuten, die inhaltlich sehr unterschiedliche Studiengänge durchlaufen. Dies liegt an der Unterscheidung zwischen *Clinical Psychology* (Klinische Psychologie) und *Counseling Psychology* (Psychotherapie), die formal getrennte Bereiche in der Psychologie sind. Beide haben ihre eigene Geschichte und eigene Abteilungen innerhalb der APA (American Psychological Association). Die Ausbildung klinischer Psychologen orientiert sich stärker am medizinischen Modell. Testtheorien, Statistik und die Behandlung von Psychopathologien sind Schwerpunkt des Studiums, ähnlich dem deutschen Diplompsychologiestudium. *Counseling Psychologists* lernen Psychotherapie schwerpunktmäßig im Sinne

von Begleitung durch Lebens- und Entwicklungskrisen. Sie werden vorrangig mit berufsrelevanten Tests und Persönlichkeitstests vertraut gemacht. Ein Wechsel vom klinischen zum therapeutischen Studiengang mit Anerkennung von Studienleistungen ist aufgrund der unterschiedlichen Studieninhalte fast unmöglich.

Sowohl in Counseling als auch in Clinical Psychology kann man einen Masterabschluss machen oder promovieren, jedoch nicht konsekutiv, wie das in Deutschland üblich ist. Der Student muss sich nach dem Bachelorstudium zwischen Master und Promotion entscheiden. Der promovierte Psychologe ist in der Regel klinischer Psychologe (Clinical Psychologist Psy. D.). Er muss nach dem Bachelorstudium noch etwa fünf Jahre im Psy. D. Programm studieren, wovon zwei Jahre ein unbezahltes Praktikum ausmachen. Der Psychotherapeut (Counselor M. A.) durchläuft nach dem Bachelorabschluss ein zwei- bis dreijähriges Masterstudium, in dem ein ebenfalls unbezahltes Praktikumsjahr enthalten ist. Im Praktikum therapieren beide bereits Klienten und können diese Stunden auch für ihre Lizenzstundenzahl verrechnen.

Nach dem Studium gehen beide Absolventen für mindestens zwei weitere Jahre in ein *Internship*, vergleichbar mit dem Psychiatrischen Jahr, das unsere Diplompsychologen als PIPs (Psychologen im Praktikum) im Rahmen der deutschen Psychotherapieausbildung ableisten. Dort sammeln sie bei geringer Bezahlung aber voller Verantwortung Stunden für die Psychotherapielizenz, während sie oft parallel eine Teil- oder Vollzeitstelle zum Geldverdienen annehmen, bevor sie ihre Prüfung als *Psychologist (Psy. D.)* bzw. *Therapist (M. A.)* vor dem Approbationsausschuss (*Board of Behavioral Sciences*) ablegen.

Beide Berufsgruppen arbeiten in denselben Bereichen: In Privatpraxen, akademischen Einrichtungen, Krankenhäusern, Beratungsstellen, Gemeinde-Gesundheitszentren, Schulen, Gefängnissen und in medizinischen Instituten. Der Psy. D. kann jedoch eine höhere Gehaltsstufe erwarten als der Mastertherapeut und ist diesem in Klinken übergeordnet.

Für die vorliegende Arbeit dient das Masterstudium zum Counselor (M. A.) als Vorbild. Counseling (wörtlich übersetzt: Beratung) ist nicht äquivalent zu unserem Berater-Berufsbild. Im Gegensatz zu den deutschen Beratern aus der alternativen Psychotherapieszene sind amerikanische Counselor zugelassene Psychotherapeuten, die der breiten Bevölkerung durch Lebens- und Entwicklungskrisen helfen sollen, und die außerdem die psychotherapeutische Nachsorge von Psychiatriepatienten sicherstellen. Bei der Wahl des Studiums sind sowohl eine Spezialisierung auf unterschiedliche Arbeitsfelder (Community Counseling, Marriage and Family Counseling, School Counseling, Substance Abuse Counseling) als auch Arbeitsmethoden möglich. Bei den körperorientierten Psychotherapiestudiengängen sind dies Drama Therapy, Expressive Arts Therapy, Somatic Psychology und Dance Therapy. Die Pflichtveranstaltungen für die Lizenzierung lassen Raum für Spezialisierung, wodurch zum Beispiel Entwicklungspsychologie in einem Dramatherapieprogramm anders unterrichtet wird als im Körperpsychotherapiestudium. Die Absolventen der Körperpsychotherapie werden nach ihrer Approbationsprüfung in Kalifornien als *Marriage and Family Therapist* (MFT) geführt, in Colorado als *Licensed Professional Counselor* (LPC).

Die US amerikanischen Masterprogramme widerlegen die europäische Haltung, dass die lange und selektive Ausbildung zum Psychotherapeuten, wie sie in Europa praktiziert wird, unabdingbar ist. Es scheint durchaus möglich zu sein, die Hauptversorgung der Bevölkerung mit solchen *Marriage and Family Therapists* zu gewährleisten. Was am Studium diesbezüglich auffällt, ist, dass die Studenten schon sehr früh anfangen, selbst zu therapieren. Trotz der in den USA weitaus größeren Bedrohung durch Klagen wegen *Malpractice* (Behandlungsfehlern) steht im Zentrum der Ausbildung das *Learning by doing*. Dies geschieht zum einen durch die sehr praktisch orientierten Seminare mit umfangreicher Selbsterfahrung. Zum anderen macht ein ganzes Jahr Praktikum bei zweieinhalb Jahren Studium einen großer Teil des Lehrprogramms aus, und da Studenten schon nach zwei Wochen Praktikum ihre ersten Klienten selber therapieren, verlassen sie die Hochschule mit einer guten Mischung aus

Theorie, Selbsterfahrung und Berufspraxis und sind so in der Lage, die Herausforderung ihres Berufes zu meistern.

1.3 Akkreditierte Masterstudiengänge in Körperpsychotherapie

Die vier in den USA akkreditierten Studiengänge in Körperpsychotherapie teilen sich ein Kerncurriculum, das alle oder fast alle für die Lizenzierung vorgeschriebenen Seminare abdeckt. Die eigentlichen Körperpsychotherapieverfahren, die vermittelt werden, sind jedoch sehr unterschiedlich und basieren teilweise auf dem Verfahren des Gründervaters bzw. der Gründermutter des Studienganges. Im Falle der Naropa University dominiert das von der Gründerin Christine Caldwell entwickelte Verfahren Moving Cycle. Das Lehrangebot an Verfahren kann sich zudem jederzeit ändern, je nachdem welche Professoren gerade den Studiengang leiten und welche Verfahren von neuen Dozenten mitgebracht werden.

Auch das Kerncurriculum wird, wie auch die Lizenzierungsvorschriften des State Board of Behavioral Sciences (BBS), häufig geändert, oft bereits nach einem Jahr. Daher können die hier vorgestellten Curricula nur einen Eindruck in die amerikanische Studienstruktur vermitteln, repräsentieren aber nicht notwendigerweise die gegenwärtigen Studien- und Prüfungsordnungen.

Aufgrund der großen curricularen Überschneidungen der vier Universitäten (California Institute of Integral Studies, Santa Barbara Graduate Institute, Naropa University, John F. Kennedy University) wird die folgende Diskussion vorrangig am Curriculum der Universität geführt, die ich selber besucht habe, dem California Institute of Integral Studies (CIIS). Die Besonderheiten der Studiengänge an den drei anderen Universitäten und ihre Unterschiede zu CIIS werden abschließend nur kurz herausgestellt.

1.3.1 California Institute of Integral Studies (CIIS), San Francisco, Kalifornien

“Das California Institute of Integral Studies (CIIS) ist eine akkreditierte Institution für wissenschaftliches Lernen und Forschung, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Geist, Körper und Seele zu integrieren, im Dienste des Einzelnen, der Gemeinschaft und der Erde.” (CIIS 2003, 3, Übersetzg.)

CIIS wurde 1968 von dem indischen Philosophen Dr. Haridas Chaudhuri begründet, zunächst als Universität für Ost-West Studien. Das Institut ist seit 1981 akkreditiert und beherbergt zwei große Institute oder *Schools*. Die philosophische Ausrichtung wird nach wie vor von der *School of Consciousness and Transformation* vertreten. Bekannter ist CIIS jedoch inzwischen für sein zweites Institut, die *School of Professional Psychology*, die bis vor zehn Jahren *School for the Healing Arts* hieß. Dieses Institut bietet neben Masterstudiengängen in Körperpsychotherapie, Ganzheitlicher Psychotherapie, Dramatherapie, und Ausdruckskunsttherapie auch ein psychologisches Doktorandenstudium (Psy. D.) in Klinischer Psychologie an.

Im Gegensatz zu Deutschland sind amerikanische Universitäten sehr auf Profilbildung bedacht. Dazu gehört, dass sie ihre Haltung und ihre Ziele offenlegen. CIIS hat sich als Universität sieben Ziele gesetzt (CIIS 2008, 8):

CIIS

1. praktiziert eine ganzheitliche Herangehensweise an Lehre und Forschung. Das Institut wertschätzt die emotionalen, spirituellen, intellektuellen, kreativen, leiblichen und sozialen Dimensionen des menschlichen Potentials.

2. unterstützt Spiritualität. Das Institut befürwortet [...] die offene Praktizierung der verschiedenen spirituellen Traditionen und den Ausdruck und die Verkörperung derselben in allen Bereichen und Aktivitäten der Institutsgemeinschaft.

3. verpflichtet sich zu kultureller Vielfalt. Indem das Curriculum einen Dialog der Unterschiede fördert, zeigt es seine Verpflichtung zu der Vielfalt der Weltkulturen und spirituellen Traditionen, während es deren ganzheitliche Integration anstrebt.

4. fördert vielfältige Arten des Lernens und Lehrens. Das Institut erkennt an, dass es unterschiedliche Arten des Lernens und Wissens gibt: Intuition, Körperwissen, kreativer Ausdruck, Intellekt und spirituelle Erkenntnisse.

5. tritt ein für Feminismus und Möglichkeiten der Erhaltung. Das Institut übernimmt intellektuelle, kulturelle und spirituelle Traditionen, die zu den Emanzipationsbewegungen beitragen. Dazu gehört Feminismus, soziale und politische Befreiung, kultureller Selbstausdruck und ökologischer Aktivismus.

6. unterstützt die Gemeinschaft. Die Gemeinschaft der Institutsangehörigen basiert auf Kernwerten, die ein gemeinsames Verständnis sowie Unterschiede, Lernbemühung und menschliche Anteilnahme unterstützen.

7. bemüht sich um eine ganzheitliche und innovative Leitung. Das Institut sieht die Wichtigkeit einer Art von Institutsleitung, die die Polarisierung und Spaltung, unter der normalerweise große Institutionen leiden, eliminiert oder zumindest reduziert.

Was bei diesem Profil auffällt ist, dass sich die amerikanische Universität als wesentlich mehr begreift als nur eine Wissensvermittlungsanstalt und Forschungsstelle. Die Wertschätzung von Spiritualität (vgl. Kap. IV, 1.3.1.11), von Ganzheitlichkeit, Intuition und Leiblichkeit ist erstaunlich. Auch die Verantwortung für politische und soziale Ideale wie Feminismus und Ökologie gehen über einen engen akademischen Rahmen weit hinaus. Das geschärfte Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Akzeptanz von kultureller Vielfalt ist typisch für amerikanische Universitäten und wird an späterer Stelle noch eingehend diskutiert (vgl. Kap. IV, 1.3.1.10). Auffallend ist auch der selbstkritische letzte Punkt, in dem sich die Institutsleiter als Team Selbstreflektion und Evolvierung als Aufgabe stellen.

Die Ideale dieser Universität muten fast zu ideal an, um verwirklicht zu sein. Tatsächlich scheint es jedoch zu sein, dass mit diesem sehr sichtbaren Statement bestimmte Studenten und Lehrkörper angezogen werden, die diese Werte teilen und sich in der Lage sehen, sie mitzutragen. Hier wird vorrangig vor Wissen eine Haltung verkörpert und vermittelt, die meiner Erfahrung nach in der Universität deutlich spürbar ist.

Das an CIIS gelehrt ***Somatic Psychology Program***, welches von Ian Grand, dem Leiter des Programms, zunächst in Antioch entwickelt und dann 1990 nach San Francisco gebracht wurde, „definiert sich über seine einzigartige Integration westlicher und nicht-westlicher Philosophien sowie spiritueller Traditionen. Dieser ganzheitliche Ansatz fordert die Spaltung von Körper, Geist und Seele heraus, die bisher die westliche Psychotherapie dominiert hat“ (CIIS 2003, 19, Übersetzg.). Es wirbt prospektive Studenten an, die „hochmotiviert, kreativ und reif“ (CIIS 2003, 22, Übersetzg.) sind, und die bereits Eigenerfahrung in Körperpsychotherapie mitbringen.

1.3.1.1 Persönlichkeitsentwicklung im Studium

Erklärtes Ziel des Programms ist nicht nur akademisches Wissen und psychotherapeutische Kompetenz. „Das Somatic Psychology Curriculum hat drei Ziele: den Studenten umfangreiches Wissen in Psychotherapie und somatischen Ansätzen zu vermitteln, Studenten zu helfen, ihre Fertigkeiten als Therapeuten zu entwickeln, und sie zu ermutigen, im Rahmen ihrer Persönlichkeitsentwicklung die notwendigen Eigenschaften für die Praxis der Psychotherapie zu entwickeln: Sensibilität und Gefühl, sowie ein Wissen darum, wer ich bin.“ (CIIS 2008, 57, Übersetzg.)

Diese persönliche Entwicklung des Studenten, die schon bei der Auswahl zum Studienbeginn eine große Rolle spielt, wird als Studienziel besonders hervorgehoben. Studenten sollen die folgenden persönlichen Qualitäten entwickeln (CIIS 2007, 38 f.)

- Engagement für die Selbstentwicklung.
- Die Fähigkeit, persönliche Verletzlichkeit auszuhalten und zu reagieren, ohne sich zu verteidigen.
- Die Fähigkeit, mit anderen zu arbeiten und von ihnen zu lernen.
- Das Hineinwachsen in die Rolle des Psychotherapeuten.
- Die Fähigkeit zur Selbstreflexion, besonders im therapeutischen Setting.
- Die Kapazität für emotionale Präsenz.
- Den Gebrauch des Intellekts im Dienste des ganzen Menschen.

- Die Herstellung einer Beziehung zu und Empathie für die eigene Lebensgeschichte.
- Die Entwicklung der eigenen Kreativität und Imagination.
- Die Fähigkeit, über die eigene Arbeit öffentlich zu sprechen.
- Die Fähigkeit, mit Kollegen zusammenzuarbeiten.

Diese Studienziele folgen dem Grundsatz tiefenpsychologischer Therapieansätze, dass „die Person des Therapeuten das Werkzeug der Therapie ist“ (Beaumont 1986, 34). Sie öffnen eine für uns ganz neue Sicht auf ein universitäres Studium, das in Kapitel IV, 2.1 noch ausführlich diskutiert werden soll.

1.3.1.2 Vertrauensprofessoren

Ein stark selbsterfahrungsorientiertes Studium braucht gute und persönliche Betreuung, die über fachliche Hilfen beim wissenschaftlichen Arbeiten hinausgeht. CIIS hat hierfür das Modell von Vertrauensprofessoren (*Advisors*), das sich auch für ein deutsches Curriculum anbieten würde. Mit Aufnahme in den Studiengang wird jedem Studenten per Zufallsprinzip ein Advisor zugeordnet, der als Berater hilft, Studienentscheidungen zu fällen und auch in persönlichen Krisen unterstützt. In den USA sollten die Advisors möglichst über eine Therapeutenlizenz verfügen, müssen dies aber nicht. Im Verlaufe des Studiums besteht die Möglichkeit, den Vertrauensprofessor zu wechseln, zum Beispiel wenn unlösbare Differenzen entstehen oder wenn einfach keine persönliche Vertrauensbasis entsteht, weil die „Chemie nicht stimmt“. Diese enge Beziehung zu den Studenten und die Begleitung ihrer Prozesse bedeutet für das Lehrteam eine hohe zusätzliche Arbeitsbelastung und erfordert regelmäßige Einzel- und Gruppensupervision des Teams. Dies müsste auch in einem deutschen Studiengang bei der Aufnahmezahl der Studenten bzw. der Dozenten-Studenten-Ratio berücksichtigt werden.

1.3.1.3 Eigentherapie

CIIS fordert den Nachweis von 50 Stunden Eigentherapie bei einem niedergelassenen Körperpsychotherapeuten. Die Therapie sollte möglichst schon beim Eintritt in das Studium begonnen werden.

Die Bedeutung der Einzelselbsterfahrung wurde in einer Studie des Bundesgesundheitsministeriums deutlich, die Teilnehmer und Absolventen der Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie zum Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten zu ihrer Ausbildung befragte. Die Einzelselbsterfahrung gehört zu den besonders zufriedenstellenden und als wichtig erlebten Ausbildungselementen (Strauß 2009, 345) und wurde von allen Ausbildungsinhalten am häufigsten als nicht ausreichend beurteilt (ebd. 337). Auch in ein deutsches Curriculum sollte Selbsterfahrung außerhalb der Universität aufgenommen werden. Studenten müssen die KPT in einer Weise selber erfahren, bei der sie sich nicht im Rahmen des akademischen Settings auf die beobachtende Rolle des Lernenden zurückziehen können, sondern wo sie ausschließlich die Klientenrolle einnehmen. Dies hat mehrere Funktionen:

1. Die wöchentlichen Therapiestunden bei einem Körperpsychotherapeuten dienen der grundsätzlichen Auseinandersetzung des Studenten mit der Frage, ob die Körperpsychotherapie etwas „für ihn ist“, d. h. ob er selber einen leiblichen und emotionalen Zugang zu dieser Art therapeutischer Arbeit hat.
2. Im Verlauf des Semesters werden in der Eigentherapie immens wichtige leibliche Erfahrungen gesammelt, die nicht nur im weiteren Studium sondern lebenslang als Referenzpunkt dienen, um Klienten emphatisch und angstfrei begleiten zu können. Dieses Prinzip folgt dem von der Spiegelneuronenforschung (Damasio 2003) postulierten Grundsatz: „Ich kann jemanden nur dahin begleiten, wo ich selber gewesen bin.“ Das bedeutet nicht, dass ich als Nicht-Psychotiker keinen Psychosepatienten begleiten kann, denn als Referenzpunkt genügt die Eigenerfahrung mit Seinszuständen (im Fall der Schizophrenie sind dies Angst und

Realitätsverzerrung), die alle Menschen teilen. Diese Seinszustände müssen aber erlebt worden sein, um sie im Anderen zu erkennen und zu begleiten (vgl. Kap. IV, 2.1.3.6).

3. Die Therapiesitzungen bieten einen Raum, um Prozesse, die im Studium angestoßen werden, aufzufangen und zu bearbeiten. Dies bedeutet auch eine Entlastung für die Beziehung zum Vertrauensdozenten, der zwar als erster Ansprechpartner zur Verfügung steht, der aber aufgrund seiner zusätzlichen Rolle als benotender Lehrer sowie aufgrund seiner zeitlichen Limitationen den Studenten nur begrenzt bei seinen persönlichen Prozessen begleiten kann.

Ein Problem, das sich für deutsche Studenten ergeben könnte ist, dass es bisher nur recht wenige Körperpsychotherapeuten mit eigener Praxis gibt, da diese nicht bei Krankenkassen abrechnen können. Diese Detailfrage muss letztlich vom Stand der Dinge bei Akkreditierung abhängig gemacht werden, ebenso wie die Frage, ob die Eigentherapie vom Studenten selber gezahlt werden muss oder nicht. In Deutschland muss die Eigentherapie (oder Lehranalyse) im Rahmen einer Ausbildung grundsätzlich selbst bezahlt werden, in den USA ist dies nicht so vorgeschrieben.

1.3.1.4 Supervision

Das amerikanische Curriculum schreibt eine Einzel- oder Gruppensupervision (pro Semester drei Zeitstunden) vor, die das Einjahrespraktikum begleitet. Diese Supervision findet an der Universität statt, geleitet von einem Dozenten.

Auch für das vorliegende, deutsche Curriculum ist Supervision unabdingbar und sollte – deutschen Rahmenbedingungen folgend – semesterbegleitend zu den Hospitationen erfolgen, in denen die Studenten erstmals eigenständig therapieren. Diese Supervision könnte intern oder extern durch einen niedergelassenen Lehrtherapeuten durchgeführt werden. Dabei ist es weniger relevant als bei der Eigentherapie, dass der Supervisor ein Körperpsychotherapeut ist. Totton führt hierzu aus, dass Körperpsychotherapeuten den

Rahmen und die Konzeptualisierungen von Verbaltherapien durchaus für ihre eigene Supervision nutzen können, da auch körperpsychotherapeutische Supervision sich hauptsächlich mit der therapeutischen Beziehung beschäftigt. Was fehlen würde, wäre seines Erachtens nach eher die Ermutigung des Supervisors, den Körper zu bewegen und Ängste vor körperlicher Berührung zu verlieren: „The body therapist has to make the move from two people sitting and talking to two bodies interacting; and this can prove so difficult, anxious and awkward that they gradually withdraw from the active bodywork altogether.” (Totton 2002, 217) Es wäre daher ideal, einen körperpsychotherapeutischen Supervisor zu haben, die Alternative wäre ein Verbaltherapeut, der eine tiefenpsychologische Ausbildung vorweisen kann.

1.3.1.5 Aufnahmeverfahren

Die Aufnahmebedingungen für das US-amerikanische Programm beinhalten sowohl Nachweise der intellektuellen Kompetenz als auch der persönlichen Reife. „Wegen der erlebnisorientierten Dimension des Programms ist es notwendig, emotional stabil zu sein, um mit den intensiven Gefühlen umgehen zu können, die auftreten, während man gleichzeitig gefordert ist, intellektuell anspruchsvolle Arbeit zu leisten.“ (CIIS 2009, Übersetzg.)

Folgende Nachweise und Unterlagen sind mit den Bewerbungsunterlagen einzureichen:

- Massageschein oder Äquivalent mit mind. 100 Ausbildungsstunden (So sind Grundlagen in Anatomie und Physiologie gewährleistet.)
- Eigenerfahrung im Bereich der Körperarbeit (Yoga, Tanz, KPT o. ä.)
- Eine introspektive Autobiographie (vier bis sechs Seiten), in der die Werte, emotionalen und spirituellen Einsichten, Aspirationen und Lebenserfahrungen aufgeführt werden, die zur Entscheidung geführt haben, sich zu bewerben.
- Eine Berufsabsichtserklärung (eine Seite), in der die ausbildungsrelevanten und beruflichen Ziele beschrieben werden.

- Zwei Empfehlungsschreiben (von Professoren, akademischen Beratern, oder jemand, der Fachkompetenzen zur Beurteilung hat, ob der Student für das Programm geeignet ist).
- Zeugnisse des B. A. Studiums

Für die Zulassung zum Studium wird dann im zweiten Auswahlschritt ein eintägiger Workshop angeboten, bei dem die Professoren sich von den Bewerbern einen direkten und leiblichen Eindruck machen und sie diese sowohl in einem Interview als auch in Selbsterfahrungssituationen beobachten können. Kriterien für die Zulassung sind unter anderem das Verhalten der Bewerber in Gruppen- und in Einzelsituationen. Im Interview orientiert sich die Kommission zunächst an dem Lebenslauf des Bewerbers, wobei Ian Grand, Leiter des Somatic Programs sagt, er frage gezielt nach dem, was fehlt, das heißt, wichtige Informationen, die nicht im Lebenslauf stehen: Geschwister oder eine ganze Kindheit, die nicht erwähnt werden usw. Im daraus entstehenden Gespräch beobachtet er, ob der Bewerber die Offenheit und Introspektionsfähigkeit besitzt, um mit ihm diese *Blind Spots* zu erkunden. Aus all diesen Informationen sowie dem bisherigen Studienverlauf trifft er dann die Entscheidung, ob die intellektuelle und persönliche Befähigung für die Teilnahme am Programm reicht (Grand 2009). Von 60 bis 70 Bewerbern pro Jahr werden bis zu 32 Studenten in das Somatic Program aufgenommen.

Für einen deutschen Master in KPT würde sich ein ähnliches wenn auch leicht modifiziertes Vorgehen anbieten: Die formalen Bewerbungsunterlagen müssten entsprechend deutschen Richtlinien direkt an die Universität geschickt werden. Ein zweites Bewerbungspaket sollte, unter der Zusicherung vertraulicher Handhabung, direkt beim entsprechenden Institut eingereicht werden. Diese Unterlagen müssten – wie bei CIIS – einen persönlichen, mehrseitigen Lebenslauf enthalten, der Erfahrung mit Körperlichkeit und Bewegung belegt (durch Yoga, Tanz, Sport, Körperpsychotherapie) sowie eine Erklärung der Motivation zum KPT-Studium. Zusätzlich sollte von der Zulassungskommission ein Fragebogen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Anamnese entwickelt werden. Dies würde zum einen rechtzeitig über psychotische

Störungen informieren, die eine Kontraindikation zur Aufnahme darstellen würden, zum anderen kann so therapeutische Eigenerfahrung als Auswahlkriterium einfließen.

Was im Prinzip in einem Bewerber gesucht wird, ist Erfahrung und Auseinandersetzung mit eigenen psychischen Problemen, ein Bewusstsein über die eigene Psyche oder auch Neurose, ohne jedoch die Grenze zur Psychose überschritten zu haben. Ich erinnere mich an eine Szene aus dem Seminar Gruppendynamik während meines Studiums in den USA, in dem einer Studentin die Dysfunktionalität ihrer Herkunftsfamilie sehr bewusst wurde. Sie wurde sofort von einer Über-Ich-Attacke heimgesucht und zweifelte vor der Gruppe daran, dass sie überhaupt dazu geeignet sei, Psychotherapeutin zu werden, so „fucked up“ wie sie sei. Die Professorin schüttelte daraufhin lächelnd den Kopf und sagte: „Glaubt ihr denn, dass wir euch zum Studium zugelassen hätten, wenn ihr uns in der Bewerbung ‚Kindheit ohne Probleme‘ geschrieben hättet?“

Menschen, die sich zum Beruf des Psychotherapeuten hingezogen fühlen, haben in der Regel Eigenes aufzuarbeiten und dieses Eigene weckt das Interesse an der Psychologie. Psychotherapeuten haben auch häufig eine depressive Persönlichkeitsstruktur (McWilliams 1994, 17 und 238). Das heißt aber nicht, dass sie ungeeignet sind, mit anderen Menschen zu arbeiten, nur weil sie leichte Neurosen haben, die nach oben drängen und nach Lösung rufen. Ganz im Gegenteil. Die Wiederbelebung des Selbst „entsteht über einen therapeutischen Dialog, in dem der Therapeut, weil er die existenziellen und emotionalen Tiefen und Abgründe in seiner eigenen Person ausgelotet hat, die des Klienten zu teilen und auszuhalten vermag.“ (Marlock 2006b, 149) Dies bedeutet, dass für die Berufsausübung zwar erlebtes Leid von Vorteil ist, dass die eigene Biographie aber aufgearbeitet werden muss, um im therapeutischen Prozess dienlich zu sein, anstatt zu hindern. „Der Besitz einer Neurose dementiert den Patienten. Man kann nämlich keinen Patienten weiter bringen, als man selber ist.“ (Jung 1988, 58) Die Auslotung eigener Abgründe ist jedoch genaugenommen nie abgeschlossen. Sie erfordert lebenslang

berufsbegleitende Eigentherapie und Supervision. Die Fähigkeit, eigene Schattenseiten zu erkennen und mit Begleitung zu erforschen, ist demnach ein Kriterium, das bei dem Auswahlgespräch im Vordergrund stehen muss.

Ein Auswahlworkshop nach US amerikanischem Vorbild als Selektionskriterium hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Zweifellos kann man sich einen Eindruck von der Leiblichkeit eines Bewerbers und seinen körperlich-sozialen Umgang in der Gruppe machen. Sein Potential als Psychotherapeut (Empathie, Beziehungsfähigkeit, Sensibilität, Achtsamkeit) lässt sich jedoch meines Erachtens angesichts der Prüfungssituation nur schwer überprüfen, da diese Qualitäten oft nur in einem spannungsfreien Raum gedeihen. Die Erfahrung zeigt, dass in Auswahlworkshops für KPT-Ausbildungen der erste Eindruck doch oft täuscht und dass auch erfahrene Ausbildungsleiter einen konstanten Prozentsatz von Fehlentscheidungen treffen, weshalb längere Auswahlprozesse (Wochenende) wahrscheinlich aussagekräftiger wären. Das Verhältnis von Nutzen und Aufwand eines solchen Workshops ist jedoch fraglich, weshalb meines Erachtens die schriftlichen Unterlagen und ein Interview als Auswahlgrundlage genügen sollten.

1.3.1.6 Leistungsnachweise und Benotung

Während in Deutschland Referate, Hausarbeiten, mündliche Prüfungen und Klausuren zur Leistungskontrolle und Notenvergabe eingesetzt werden, sind die Studienanforderungen in CIIS multimedialer und beziehen den Studenten als Menschen mit eigener Biographie ein.

Die verhältnismäßig geringe Wochenstundenzahl eines Vollzeitstudiums (12 Units = 16 SWS) entsteht dadurch, dass es keine Vorlesungen gibt, und dass die Studenten stattdessen viel Zeit auf das Durchlesen und die Reflektion von *Readern* verwenden. Reader sind eine Zusammenstellung kopierter Artikel und Buchkapitel, die je nach Semesterwochenstunden des Seminars (1–3 Units) mehr oder weniger umfangreich sind. Der ausgewählte Lesestoff kommt zum größten Teil nicht aus Lehrbüchern. Das Theoriefundament aus Lehrbüchern wird vorrangig in den Seminaren vorgestellt und abgehandelt. Die Reader-Beiträge setzen sich dahingegen sehr kritisch mit dem jeweiligen Thema

auseinander, hinterfragen etablierte Theorien, präsentieren Artikel und Fachbeiträge von fachlichen Outsidern und inspirieren so zu kritischer Auseinandersetzung. Pro Woche müssen für jedes Seminar ca. 50 Kopieseiten gelesen werden, oft verbunden mit der Anfertigung eines *Papers*, das heißt einer mehrseitigen Reflektion des Gelesenen mit Einbindung in die eigene Biographie. Eine Abschlussarbeit des Seminars – wenn gefordert – ist oft entweder ein Bericht über ein eigenständiges Forschungsprojekt oder eine praktische Darstellung, wie eine künstlerische Abschlusspräsentation. Prüfungen im klassischen Sinne gibt es in diesem CIIS Programm nicht. Ob der Student benotet werden möchte (Grade A bis F) oder nur eine Pass / Fail (Bestanden / Nicht-Bestanden) Bewertung für die Veranstaltung erhalten möchte, kann er sich in der Regel aussuchen.

Ein Studium ohne Noten ist dann ideal, wenn Lehrende von den Studenten erwarten, dass sie sich für eigene Prozesse öffnen und ihre Kommilitonen und Dozenten daran teilhaben lassen. An der hier vorgestellten Universität hat der Student die Wahl, mit oder ohne Noten zu studieren. Entscheidet er sich für die Notengebung wird eine für die Adaption nach Deutschland wichtige Unterscheidung getroffen. Zentrales Benotungskriterium ist die Reflektionsfähigkeit des eigenen – wie auch immer unklaren – Prozesses vor dem Hintergrund des vermittelten Wissens.

Die Notengebung ist ein vieldiskutiertes und grundsätzliches Problem in unserem Bildungssystem und ihr Wert ist bis heute nicht geklärt. Carl Rogers berichtet aus seiner Zeit als Berater am California Institute of Technology von einer interessanten Studie zu den Effekten der Notengebung. Diese war durch die Diskussion der Professoren inspiriert worden, ob die Noten durch Bestanden / Nicht-Bestanden ersetzt werden sollten. Die Befürworter des Notensystems wollten den hohen Standard und das Ansehen des Institutes bewahren, die Gegner wollten ein interessengeleitetes Studieren fördern. Im Rahmen dieser Studie untersuchte man auch, warum Studenten das Studium abbrechen und musste feststellen, dass unter den Aussteigern eine unverhältnismäßig große Zahl der intelligentesten, besten und kreativsten

Studenten war. „Offensichtlich mochten diese Studenten weder den mörderischen Wettbewerb noch die kindische Benotung auf zwei Stellen hinter dem Komma.“ (Rogers 1984, 241 f.)

Diese Erkenntnisse stellen uns bei dem Entwurf eines deutschen Curriculums vor eine schwierige Aufgabe, die nur mit viel Kreativität zugunsten der Studenten gelöst werden kann. Selbsterfahrungsintensive Module sollten in jedem Fall nur durch regelmäßige Anwesenheit absolviert werden. Bei der Benotung schriftlicher Arbeiten müssten die in unserem Bildungssystem unüblichen Kriterien für die Notengebung (Reflektionsfähigkeit) ausführlich thematisiert werden und das Zustandekommen der Noten sehr transparent gemacht werden, das heißt von schriftlichen Begründungen begleitet sein.

Diese Begründungen bestehen in den USA oft aus einem kurzen, wertschätzenden Kommentar des Dozenten, in Übereinstimmung mit dem Ideal und Vorbild eines humanistischen Psychotherapeuten. Dies scheint mir insbesondere angesichts der Offenlegung der eigenen Biographie vor dem eigenen Professor sehr sinnvoll zu sein. Dieses offene und herzliche Loben ist in unserer akademischen Kultur unüblich. Es ist möglich, dass dies mit dem Selbstverständnis der deutschen Bildungskultur und Wissenschaft zu tun hat. Ein rationales, unpersönliches und vermeintlich objektives Umgehen mit dem Studenten wird eventuell immer noch als „wissenschaftlicher“ empfunden. Kritik scheint zudem immer noch ein bevorzugtes Medium in Erziehung und Bildung zu sein, Lob und Förderung der Stärken dagegen wird eher der Grundschule oder den Fördereinrichtungen zugestanden.

Die Betonung des Positiven ist zwar ein klischeehaftes Markenzeichen der amerikanischen Kultur, aber sie hat auch eine wichtige Funktion innerhalb dieses Studiums. Gerade bei der Ausbildung von Psychotherapeuten muss das Selbstverständnis der Dozenten ein anderes sein als in anderen Fachbereichen. In einem Therapieprogramm steht der Student auch als Mensch im Blickpunkt. Seine persönlichen Prozesse müssen dementsprechend begleitet werden und zwar so, wie wir möchten, dass er in Zukunft andere

Menschen bei ihren Prozessen begleitet. Das bedeutet auch für die Dozenten, dass ihnen parallel zu ihrer Lehrerrolle ständig eine Vorbildfunktion als achtsame, fördernde Wegbegleiter zukommt.

Am Beispiel eines Seminars in Entwicklungspsychologie, an dem ich teilnahm, möchte ich die Benotungsthematik kurz veranschaulichen:

Die Veranstaltung fand einmal pro Woche über drei Zeitstunden (3 Units) statt. Nach einer Reflektion der letzten Woche und Besprechung der Papers stellte der Dozent die nächste Entwicklungsphase vor, zum Beispiel die Teenage-Zeit. Entsprechende Entwicklungstheorien wurden vorgestellt und diskutiert. Im letzten Teil der Stunde sollten sich die Studenten zunächst in Vierergruppen zusammenfinden, sich über ihre eigene Teenagezeit austauschen und dann mit Schlagwörtern in die Großgruppe zurückkehren (z. B. unsicher, Körperveränderung, Eifersucht, Streit mit Eltern). Die persönlichen Erfahrungen wurden dann in der Großgruppe diskutiert und in die behandelten Theorien eingebunden.

Begleitend zu dem Seminar wurden ausnahmsweise nicht Papers geschrieben, sondern es sollte ein Tagebuch geführt werden, das den jeweiligen Reader-Lesestoff auf mindestens fünf Seiten mit der eigenen Biographie verknüpft. Natürlich kauften einige Studenten bewusst kleinformatige Tagebücher, aber in der Regel wurde letztendlich viel mehr geschrieben als vorgegeben. Das Tagebuch wurde am Ende des Semesters vom Dozenten eingesammelt und in Hinblick auf Einbeziehung der Texte sowie Reflektionsfähigkeit mit einer Note oder mit Pass / Fail beurteilt. Die schriftliche Begründung meiner eigenen Note in ihrer wertschätzenden und persönlichen Form war mir aus einem universitären Kontext unbekannt:

„Dies ist eine A Leistung. Du hast überzeugend dargelegt, dass du mit Herz und Einblick über diese weitreichenden Themen schreiben kannst. Du beweist Leidenschaft und Involvierung in diese Entdeckungsreise und zudem noch einen scharfen Verstand in der Auseinandersetzung mit den Theorien. Fine work!“. (Übersetzg.)

Parallel zum Semester musste ein Forschungsprojekt entworfen und durchgeführt werden, in dem entwicklungstheoretische Erkenntnisse zur Anwendung kamen. Dies konnte zum Beispiel eine Beobachtungsstudie in einer Kindertagesstätte sein. Ferner musste semesterbegleitend eine Abschlussarbeit angefertigt werden, die das eigene Leben und seine Entwicklungsabschnitte künstlerisch darstellt. In der letzten Stunde wurden diese Arbeiten dann ausgestellt und begutachtet. An den Abschlussarbeiten ließen sich zum Teil die Psychotherapieschwerpunkte (verbale Psychotherapie, Kunsttherapie, Dramatherapie, Körperpsychotherapie) erkennen: Gemälde, Bilder und Kollagen im Sinne von Petzolds

Panorama (1975), vorgetragene Geschichten und Gedichte, Diashows und Vorführungen aus dem Bereich Ausdruckstanz oder Theater. Die Abschlussnote – wenn gewünscht – setzte sich aus der Tagebuchnote und der Abschlussarbeit zusammen.

Was mir von den Leistungsanforderungen her zunächst wie ein geschenkter Studienschein vorkam, stellte sich als harte Arbeit und intensive Reise heraus. Ein sehr wichtiges Kriterium für diese Art des Lernens ist, dass mir die auf diese autobiographische Weise behandelten Entwicklungstheorien immer noch präsent und abrufbar sind.

1.3.1.7 Curriculum

Das Masterprogramm Körperpsychotherapie stützt seine Lehre auf verschiedenste Konzepte: Entwicklungstheorien, familiensystemische Theorien und Therapien sowie psychodynamische Ansätze, und dies alles vor dem Hintergrund einer humanistischen Ausrichtung.

Ein Masterstudium umfasst in der Regel 60 Units, ähnlich unseren Semesterwochenstunden (SWS), wobei die amerikanischen Unterrichtsstunden Zeitstunden sind. Das US-Studium umfasst damit im Vergleich 80 SWS, ohne jedoch das einjähriges Praktikum zu berücksichtigen. Die Seminare werden üblicherweise in zwei bis drei Units am Stück abgehalten, Seminare mit nur einer Unit werden als Blockveranstaltung angeboten. Für ein Vollzeitstudium werden zwölf Units pro Semester (Fall Semester und Spring Semester) angesetzt, sowie neun Units in dem kürzeren Sommersemester (Summer Semester). Viele Studenten arbeiten jedoch im Sommer und belegen daher nur Herbst und Frühjahr. Im Schnitt dauert das Masterstudium inklusive Praktikum zweieinhalb Jahre. Als Veranstaltungsart gibt es ausschließlich Seminare, in denen sowohl Theorie behandelt als auch viel praktisch gearbeitet wird. Manchmal ist ein Seminar explizit geteilt und dem Theorieseminar folgt ein reiner Übungsteil, der durch *Lab* (Abkürzung für Laboratorium) gekennzeichnet ist. Das Kerncurriculum, das mit den anderen Psychotherapiemastern geteilt wird, besteht aus etwa 20 Seminaren. Viele dieser Seminare werden für alle Psychotherapiemaster gemeinsam angeboten, wenn möglich werden die

Seminare jedoch für jede Studienrichtung getrennt angeboten und dann zum Beispiel für die Körperpsychotherapiestudenten körperspezifisch ausgerichtet. Außerdem gibt es im KPT-Curriculum noch Wahlfächer und lizenzgeforderte Seminare.

Kerncurriculum (in Klammern sind die Units angegeben)

- *Berufsethik und Familiengesetze (2)*

Ethische Standards für Psychotherapeuten und juristische Aspekte der MFT
Lizenz

- *Psychopathologie (3)*

Vergleich historischer und kontemporärer Ansichten der Erwachsenenpsychopathologie sowie das kategoriale System des DSM

- *Suchttherapie (1)*

Untersuchung der derzeitigen Suchtherapien unter besonderer Betrachtung der humanistisch-transpersonalen Perspektive

- *Psychologische Testverfahren (2)*

- *Untersuchungsmethoden (3)*

Überblick über Methoden, besonders quantitative. Entwurf und Durchführung eines Forschungsprojektes

- *Kindertherapie (2)*

Techniken und Interventionen, um Probleme von Kindern und ihren Familien zu verhindern und zu behandeln

- *Praktikumssupervision (6 über 3 Semester)*

Präsentation und Diskussion von Fällen

- *Entwicklungspsychologie und die Familie (3)*

Theorien und Forschung über Lebensübergänge, Entwicklungsphasen und Übergangsriten, angefangen von der vorgeburtlichen Zeit über die Erwachsenenenerfahrung bis zum Tod

- *Psychodynamik (3)*

Geschichte und Grundlagen des psychodynamischen Konzepts, seiner klinischen Anwendung und seiner Beziehung zu anderen klinischen Theorien

- *Die klinische Beziehung (2)*

Behandelt die Therapeuten-Klienten-Beziehung aus Sicht von Psychoanalyse, Humanismus und Selbstpsychologie, sowie den Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung

- *Gruppendynamik (2)*

Überblick über Gruppentheorien und Exploration von Gruppenprozessen

- *Familiendynamik und Therapie (2)*

Der Lebenszyklus der Familie, sowie Theorien und Methoden von systemischen, narrativen, lösungsorientierten und anderen Familientherapieansätzen, Praxis durch Selbsterfahrung sowie Einladung der Herkunftsfamilien

- *Therapeutische Kommunikation (Seminar und Übung) (2 + 1)*

Überblick über psychodynamische, humanistische und andere Methoden, einschließlich Rollenspielen und Therapiesimulationen. Dies ist das erste von drei Grundlagenseminaren der KPT. Die beiden anderen sind *Theorien und Techniken der Körperpsychotherapie II* und *III*.

- *Interkulturelle Psychotherapie und die Familie (2)*

Überblick über und Exploration von ethnischen, sozialen und kulturellen Werten von sozialen Gruppen und Bevölkerungsschichten

- *Ehe- und Paar-Psychotherapie (3)*

Theorie und Praxis von Objektbeziehungs- und Ich-analytischen Ansätzen, kognitiv-behavioralen, existenziellen und transpersonalen Perspektiven sowie der systemischen Familientherapie. Integration von Kunst, Musik, Bewegung und Drama als therapeutische Medien

- *Psychopharmakologie (2)*

- *Menschliche Sexualität (1)*

- *Integratives Seminar (3)*

Dieses Seminar wird von Ian Grand (CIIS) als eine der drei wichtigsten Additionen zu seinem über 25 Jahre entwickelten Curriculum eingeschätzt. Es dient der Integration von bisher gelernten Theorien und Verfahren unter Berücksichtigung der Praktikumserfahrungen. Das Seminar dient auch als Forum zum persönlichen Abschluss der Studienprozesse: Gefordert wird die Anfertigung eines *Final Papers* als Resümee des Studiums.

Spezielles Körperpsychotherapie-Curriculum

- *Der Körper: Erlebt, konzeptualisiert, verbalisiert (3)*

Behandelt die Dialektik zwischen der eigenen Körpererfahrung und gelernten Körperkonzepten. Thematisiert werden unter anderem die Verfahren: Sensory Awareness, Feldenkrais, Rolfing.

- *Bewegungsansätze in der Körperpsychotherapie (2)*

Einführung in Theorie und Praxis der Verfahren Authentic Movement, Tanztherapie und Kontaktimprovisation

- *Körper, Gesellschaft und Kultur (3)*

Betrachtet die eigene körperliche Sozialisation durch Erziehung, Medizin, Religion, Medien etc. mit Fokus auf Entfremdung von der eigenen Körperweisheit und Delegierung an sogenannte Experten

- *Theorien und Techniken der Körperpsychotherapie II und III (je 2)*

Ausgewählte KPT-Verfahren: Authentic Movement und andere Tanztherapien, Gestalttherapie, Bioenergetik und andere neoreichianische Verfahren, Hakomi, Lomi, Formative Psychologie, Somatic Experiencing (SE)

- *Körper- und erlebnisorientierte Psychotherapie mit Paaren (1)*

Praktische, erlebnisorientierte Ansätze und Interventionen für die Arbeit mit Paaren

Wahlfächer

Die Studenten haben die freie Wahl zwischen Seminaren mit KPT-orientierten Themen (Beispiele sind unten aufgeführt) oder Veranstaltungen aus anderen Mastern (z. B. Expressive Arts, Dramatherapie), die als Wahlseminar geöffnet sind.

- *Sensory Awareness*
- *Gestalttherapie*
- *Die Psychologie des Spiels*
- *Neurowissenschaften, Körperbild und Kultur*

Neurowissenschaftliche Erkenntnisse in Zusammenhang mit Stress, Emotionen, Bewegung und dem Einfluss der Sozialisation auf neuronale Aktivität

- *Körper-Geist Praktiken verschiedener Kulturen*
Sensory Awareness, Tai-Chi, traditionelle Chinesische Medizin, Yoga, Atemtherapien, Meditationen u. m.
- *Körperansätze zu emotionalem Ausdruck*
- *Körperorientierte Ansätze zur Behandlung von Trauma*
- *Körperbewusstsein*

Praktikum

Teil des Studiums ist ein einjähriges Praktikum, das in den insgesamt 60 Units für das Masterstudium nicht erfasst wird. Lediglich die begleitende Gruppen- oder Einzelsupervision wird mit 6 Units veranschlagt. Gemäß den Lizenzbedingungen der Approbationskommission müssen innerhalb des Praktikums 150 Stunden Therapiearbeit mit Klienten noch vor der Graduierung absolviert werden. Voraussetzung für den Beginn des Praktikums sind die erfolgreiche Teilnahme an den Seminaren Psychopathologie, Berufsethik sowie bereits begonnene oder abgeschlossene Eigentherapie.

Im Praktikum sind die Studenten nur für die ersten ein bis zwei Wochen Praktikanten im deutschen Sinne, danach beginnen sie, alleine Klienten zu behandeln und Stunden zu sammeln. CIIS hat eine eigene Praktikumsklinik: The Center for Somatic Psychotherapy. Die Praktikumskliniken sind in der Regel *Low Cost Clinics*, die in sozialen Brennpunkten angesiedelt sind und in denen günstig oder kostenlos von den Praktikanten unter Supervision des Klinikleiters Psychotherapie angeboten wird. Die Klientel stammt fast ausschließlich aus sozial benachteiligten Schichten. Suchtproblematiken, schwere psychische Störungen sowie Missbrauch sind überdurchschnittlich häufig. Diese schweren Probleme sind den oft gutsituierten Studenten von Haus aus fremd. Zusammen mit der häufig mangelnden Introspektionsfähigkeit der Klienten wird das Praktikum so zu einer intensiven Lernerfahrung für die zukünftigen Psychotherapeuten.

Das Format eines einjährigen Praktikums würde innerhalb eines deutschen Studiums nicht funktionieren. Die studienbegleitenden Praxiserfahrungen, die

uns zur Verfügung stehen, sind vier- bis sechswöchige Praktika, die in den Semesterferien absolviert werden, sowie semesterbegleitende Hospitationen. Es sollte jedoch eine Vereinbarung getroffen werden, nach der die Master-Körperpsychotherapeuten im Anschluss an ihr Studium ein klinisches Jahr entsprechend dem der Psychologen absolvieren. Der *Körperpsychotherapeut im Praktikum* (KIP) wäre damit dem Psychologen im Praktikum (PIP) gleichgestellt und würde sich in diesem Jahr zum Beispiel an einem An-Institut seiner Universität weiterbilden und in Supervision gehen. Ebenso wie beim PIP würden diese Stunden auf seine Lizenzierung (z. B. das ECP) angerechnet.

1.3.1.8 Verfahrensauswahl

Wie schon erwähnt differenzieren die amerikanischen Curricula nicht zwischen Körperpsychotherapie und anderen Formen der Körperarbeit. Im CIIS-Curriculum finden sich daher sowohl klassische Körperpsychotherapien (Bioenergetik und andere neoreichianische Verfahren, Hakomi, Lomi, Somatic Experiencing, Atemtherapien, Authentic Movement und andere Formen der Tanztherapie) als auch Körpertherapien (Feldenkrais, Rolfing, Sensory Awareness), körperorientierte Psychotherapien (Formative Psychologie, Gestalttherapie), Körper-Geist-Praktiken aus anderen Kulturen (Tai-Chi, traditionelle Chinesische Medizin / Chi Gong, Yoga, Meditationen) und Bewegungsansätze ohne therapeutischen Anspruch wie zum Beispiel Kontaktimprovisation.

Grundsätzlich ist gegen eine Einbeziehung anderer Verfahren als der klassischen KPT-Verfahren nichts einzuwenden, wenn sie das Interventionsspektrum des Therapeuten erweitern und im therapeutischen Kontext einen sinnvollen Beitrag leisten können. Einige der oben genannten KPT-Verfahren sind in Deutschland wenig bekannt. Bei uns sollten im Curriculum die Verfahren auftauchen, die sich kulturhistorisch etabliert haben und die von den Kliniken als kompatibel mit ihrem Konzept wiedererkannt werden:

„Wenn man analytisch orientiert arbeitet, dann liegen zunächst die Körperpsychotherapeutinnen / -therapeuten nahe, von denen ich weiß, wie sie in Bezug auf eine analytische Psychotherapie ausgebildet sind, und [...] wer die ausgebildet hat. [...] Der Schwerpunkt der Theorien und auch der Praxiserfahrung müsste für den Anwender, also eine Klinik zum Beispiel, gut erkennbar sein, weil der praktische Alltag zeigt, dass man eine gemeinsame Sprache braucht.“ (Janta 2008)

Mit der Auswahl der Verfahren soll den Studenten sowohl ein Überblick über die Vielfalt der Herangehensweisen in der KPT gegeben werden als auch eine Orientierung, in welcher Richtung sie sich nach ihrem Masterstudium weiterbilden wollen. Dabei bleibt zu bedenken, wie viele und welche Verfahren im Curriculum fest verankert werden sollten. Einerseits bietet eine große Anzahl an Verfahren den Absolventen eine Auswahl, mit der eine individuelle und störungsspezifische Behandlung besser möglich wird. „Die Einsicht setzt sich durch, daß nicht das ‚eine Verfahren‘ für die verschiedenen psychischen Störungen das ‚Mittel der Wahl‘ ist. So geht es immer mehr um die pragmatische Frage, welches Vorgehen im konkreten Fall erfolgversprechender erscheint, und nicht, welche Therapieschule die ‚beste‘ ist. Dieser Wandel wurde und wird durch Ergebnisse der Psychotherapieforschung erzwungen.“ (Federschmidt 1993, 1). Praktiker wissen, dass ebendieser multimodale Ansatz am effektivsten ist. „Wenn zum Beispiel der Therapeut das häufige Gähnen, Strecken und Stöhnen aufgreift, dann geht der Fluss des Geschehens automatisch in Yogapositionen oder moderne Bioenergetik.“ (Totton 2002, 208 zitiert aus: Mindell 1989, 8, Übersetzg.)

Andererseits werden Absolventen unglaublich, wenn sie zu viele Verfahren kennen gelernt haben, aber aufgrund der Kürze des Studiums keines richtig beherrschen. Es gibt akademische Körperpsychotherapie-Institute, die versuchen, das gesamte Spektrum von Verfahren und Theorien, von Freud, Jung und Reich über Selbst-Psychologie, Existenzielle und Humanistische Psychologie bis zu Neurophysiologie und Philosophie abzudecken (Totton 2002, 215). Hier stellt sich die Frage der Kompatibilität der Ansätze, und ob Studenten bereits das Bewusstsein und die Intuition haben, all diese Ansätze in der Praxis miteinander zu verweben.

Es ist also eine Gratwanderung zwischen einer Einführung der Studenten in zentrale Verfahren und Theorien der KPT bei gleichzeitiger Lehre in die Tiefe und Wahrung eines *Stream Line* gefragt. Dies bedeutet, dass sich durch die theoretischen Ansätze sowie die Verfahren ein kompatibles Menschenbild ziehen sollte, so dass sich eine Haltung im Studenten bilden kann, und „dass der Körperpsychotherapeut ein Profil hat“ (Janta 2008).

1.3.1.9 Fächerauswahl

Die theoretischen Studieninhalte orientieren sich zum Teil an den Lizenzforderungen des amerikanischen Approbationsausschusses (BBS). Dieser legt Voraussetzungen für eine Lizenzierung fest, von denen einige die universitäre Ausbildung betreffen, andere die Internship und weitere die Prüfung selbst. Die für den Masterstudiengang relevanten Bedingungen für den theoretischen Teil sind (CIIS 2007, 17 ff.):

- Mindestens zwölf Units im Bereich Marriage, Family and Child Counseling
- Seminarscheine in Berufsethik, Kindesmissbrauch, menschliche Sexualität, Sucht, psychologische Testverfahren, Psychopharmakologie, Misshandlung in der Ehe, Altenpflege

CIIS deckt einen Großteil der Anforderungen mit seinem Pflichtcurriculum ab, aber nicht alle. Einige dieser offiziellen Anforderungen werden nur als Wahlseminare oder auch gar nicht angeboten. Aufgrund der BBS Vorschriften zielen viele der aufgeführten Seminare auf die Arbeit mit Familien, Paaren und Kindern. Gruppentherapie wird nur randständig behandelt, da die meisten MFT-Psychotherapeuten sich später niederlassen und in Einzel-, Paar oder Familiensitzungen therapieren werden. Obwohl es in Deutschland Ansätze in der Körperpsychotherapie gibt, die die Arbeit mit Kindern betreffen (z. B. aus der Konzentrativen Bewegungstherapie) beschränkt sich die Arbeit eines akademischen Körperpsychotherapeuten derzeit auf den Erwachsenen-Klinikbereich. Das bedeutet, dass bei uns ein größerer Schwerpunkt auf die Arbeit mit Erwachsenen und Gruppen gelegt werden muss, sowie auf

psychiatrische Störungen. Ferner gibt es in den USA lizenzgefordertes Grundwissen in bestimmten Themenbereichen, das bei uns entweder eher unwichtig in Hinblick auf die Berufspraxis (Altenpflege, Kindesmissbrauch) oder aber das im Gegensatz zu den USA bereits Teil der Schulcurricula ist (Sexualkunde).³⁶

Da das Studium der Körperpsychotherapie neben Wissensvermittlung auch Persönlichkeitsbildung und die Ausbildung einer Haltung zum Ziel hat, sollte auch in einem deutschen Curriculum der Fächerkanon disziplinenübergreifend sein. Dies schlug schon Freud vor: „Der Unterrichtsplan für den Analytiker ist erst zu schaffen, er muß geisteswissenschaftlichen Stoff, kulturhistorischen, soziologischen ebenso umfassen wie anatomischen, biologischen und entwicklungsgeschichtlichen.“ (Freud 1999, Band XIV, 288 f.)

Die Fächerauswahl kann sich auch an den Vorgaben für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und dem Entwurf des EABP orientieren. Die Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit sind dabei wesentlich ausführlicher und damit auch enger. Sie umfassen große Teile der Fächer aus dem Diplompsychologiestudium (Entwicklungspsychologie, Differentielle Psychologie und Sozialpsychologie sowie Pharmakologie, Psychopathologie und Klinische Psychologie, Diagnostik, Evaluation und Gutachten, Berufsethik, Geschichte der Psychologie) sowie das Erlernen eines Verfahrens. (Bundesministerium für Gesundheit 1998) Dieses Curriculum wurde wahrscheinlich mit Blick auf Absolventen eines Medizinstudiums entworfen, ist aber für Diplompsychologen redundant und für die Praxis teils irrelevant. Die Richtlinien der EABP scheint mir im Vergleich zum Entwurf des Gesundheitsministeriums berufspraktisch größere Relevanz zu haben.

36 In den USA ist der Sexualkundeunterricht aufgrund von gesellschaftlichen Widerständen nach wie vor nicht in den Schulen etabliert. Das Niveau der lizenzgeforderten Sexualkunde beschränkt sich deshalb auf Grundlagenwissen zu körperlichen Funktionen und sexuellen Orientierungen, aber auch sexuellen Störungen. Sexuelle Störungen, die auch in Deutschland nicht Teil der Schulcurricula sind, werden hier üblicherweise in Veranstaltungen zur Psychosomatik behandelt.

Ihr vorgeschriebenes theoretisches Grundlagenwissen zur Erlangung des ECP umfasst außer dem Erlernen eines Verfahrens (EABP 2009 b, 4):

:

- Entwicklungstheorien der gesamten Lebensspanne
- Verständnis der psychotherapeutischen Ansätze
- Verständnis sozialer und kultureller Aspekte der Psychotherapie
- Psychopathologische Theorien
- Theorien der Diagnose und Intervention

Inhaltlich sowie in Anbetracht der Zukunft der Psychotherapielizenzen in Europa scheint mir dies eine gute Auswahl für die Kernfächer des von mir entwickelten Curriculums zu sein.

Auffällig an allen US amerikanischen Curricula – an Universitäten und High Schools – ist die in vielen unterschiedlichen Kontexten präsente Diskussion interkultureller Aspekte sowie spiritueller Themen. Diese beiden auffälligen Schwerpunkte sollen im Folgenden bezüglich ihrer Kulturspezifik und ihrer möglichen Integration in ein deutsches Curriculum diskutiert werden.

1.3.1.10 Kulturelle Awareness

Nach meiner Immigration in die USA fiel mir auf, dass in allen Lebenskontexten kulturelle Akzeptanz als zentrales Thema auftaucht und betont wird und mir stellte sich sofort die Frage, ob dies eine Art der Aufarbeitung amerikanischer Geschichte und Gegenwart³⁷ sei, oder ob in Deutschland in dieser Hinsicht ein *Blind Spot* gepflegt wird. Die geschichtliche Situation beider Länder ist diesbezüglich vergleichbar: Trotz Sklavenhaltung in den USA und Holocaust in Deutschland ist auch heute die Diskriminierung von Migranten – gerade wenn sie eine große Bevölkerungsgruppe darstellen, wie die Schwarzen und

37 Eine von der Stanford University durchgeführte Studie anlässlich des Präsidentschaftswahlkampfes 2008 zeigte, dass 40 % aller Weißen und ein Drittel der registrierten demokratischen Wähler Schwarzen negative Attribute zuschreiben, wie z. B. „faul“, „gewalttätig“ und „selbst Schuld an ihren Schwierigkeiten“. Die Studie berechnete, dass Barak Obama ohne seine afro-amerikanische Herkunft 6 % mehr Wählerstimmen erhalten würde (Stanford University 2008).

Lateinamerikaner in den USA und die Türken in Deutschland – ein hochaktuelles Problem.

In Deutschland sehe ich, dass trotz differenzierter, wissenschaftlicher Veröffentlichungen zum Thema die praktische Arbeit mit Migranten bisher nach einem zu einfachen Schema abläuft: Der kulturelle Hintergrund unserer Migranten wird aus einem schablonenhaften Wissen abgerufen, mit dem Ziel, Migranten in unsere Kultur zu integrieren, d. h. sie in unsere Kultur einzupassen. Schon alleine die innerhalb des Fachdiskurses vorherrschenden Begriffe *Migration* und *Integration* implizieren, dass ein Ausländer zuzieht (*migrare* (lat.): wandern, auswandern) und sich als Stück des Ganzen in unsere Kultur einpasst (*integratio* (lat): Wiederherstellung eines Ganzen). Auch in den USA wird im Alltag von *Immigrants* und ihrer *Immigration* geredet, im Fachdiskurs wird aber von *cross-cultural* (sich-kreuzende Kulturen) gesprochen, also der gleichwertigen Begegnung verschiedener Kulturen, vergleichbar mit unserem Begriff *interkulturell*. Hier zeigt sich eventuell schon die Spaltung zwischen Theorie und Praxis.

Tatsächlich ist das Phänomen der Begegnung zweier Kulturen wesentlich komplexer als die Integration einer Kultur in eine andere. Obwohl gerade in den letzten Jahren viele Beiträge zur Migrantenforschung im medizinisch-therapeutischen Bereich veröffentlicht wurden, haben diese meines Erachtens nach weder die Praxis noch die Ausbildungscurricula flächendeckend erreicht. Existierende Versorgungsstudien belegen eine Fehlversorgung psychisch kranker Migranten (Gavrandiou/Abdallah-Steinkopf 2007) und Sandra Münch, eine Absolventin des Studienganges Motologie, fordert in ihrer Masterarbeit, eine Veranstaltung zur interkulturellen / transkulturellen Psychotherapie in das Curriculum aufzunehmen (Münch 2006, 61).

Gerade im Feld der Psychotherapie ist nicht Integration das Ziel, sondern zunächst eine geglückte Verständigung und Vertrauensbasis zwischen den Angehörigen zweier Kulturen, wie zum Beispiel dem deutschen Therapeuten und dem ausländische Klienten. Nächstes Ziel ist die psychische Gesundheit

des Klienten. Diese kann in Integrationsprozessen liegen, muss aber nicht. Gefordert ist deshalb vielmehr

- eine umfassendere Aneignung kulturrelevanten Wissens, zum Beispiel um die Tendenz zur Somatisierung bei Angehörigen der Mittelmeerländer,
- eine respektvolle Akzeptanz der patienteneigenen Erklärungsmodelle, wie die mystischen aber wirkungsmächtigen Erklärungsansätze für Krankheit und Heilung,
- die kulturelle Selbstreflektion des Integrierenden.

Der letzte Punkt erfordert einen Reflexionsprozess, bei dem die Prägung durch die eigene Kultur, die wechselseitige Sichtweise auf die andere Kultur und die wiederum daraus entstehende Dynamik bearbeitet wird. Unsere kulturelle Identifizierung scheint jedoch ein besonders großer blinder Fleck zu sein „und dieser liegt im eigenen ethnischen Unbewussten begründet“ (Münch 2008, 60). Die Konsequenz: „Professionelle Berater in der Ausländerarbeit müssten sich somit im Bemühen um ihre professionelle Haltung mit den eigenen Ambivalenzen konfrontieren.“ (Eberding 1995, 268)

Kulturelles Bewusstsein ist ein wichtiger Bestandteil in jedem Studiengang, der sich mit Menschen beschäftigt, ihm wird aber in den Curricula nur geringe Bedeutung beigemessen. Es scheint sich also wirklich um eine Bewusstseinslücke in unserer Kultur zu handeln. Man könnte – auch im Hinblick auf unsere Begrifflichkeiten – ebenso eine unbewusste Dynamik vermuten, mit der die Verantwortung für die Arbeit an der kulturellen Brücke den Migranten zugeschrieben wird. Ian Grand, der sich intensiv mit den soziokulturellen Aspekten der Psychotherapie beschäftigt, hält die Integration dieser Thematik in sein Körperpsychotherapie-Curriculum für eine der wichtigsten Veränderungen seit Bestehen des Programms. Er stellt fest, dass körperliche Entwicklung immer kulturspezifisch ist und dass Körperpsychotherapeuten ein Bewusstsein dafür besitzen müssen, wie diese kulturelle Verkörperung (*Embodiment*) im Einzelnen aussieht. Wir müssen in einer interkulturellen Therapie berücksichtigen, was unseren Klienten bewegt, wenn er aus einer anderen

Kultur kommt, was wir in ihm bewegen (mit unseren Vorstellungen von Gesundheit und Lebendigkeit), und auch was der Klient in uns bewegt (im Sinne einer kulturbedingten Gegenübertragung). Grands Fazit ist, dass ein neues Training der Psychotherapeuten erforderlich ist, um kulturelle *Blind Spots*, die unsere tägliche Arbeit beeinflussen, ans Licht zu bringen (Grand 2008, 34). Gerade in Bezug auf Deutschlands lange Geschichte mit Migranten aus Südeuropa, dem Nahen Osten sowie zunehmender Migration aus Osteuropa scheint Schulung, Reflektion und Bewusstseinsweiterung bei Therapeuten dringend notwendig.

Kulturelle Aspekte der Körperlichkeit sollten in einem deutschen Curriculum nach amerikanischem Vorbild in Form eines speziellen Seminars angeboten werden. Ich fände es aber außerdem wichtig, interkulturelle Aspekte als immer wiederkehrendes Thema bei den verschiedenen Lehrgebieten der KPT einzuflechten: In Entwicklungstheorie sollte Migration als mögliche Lebenskrise behandelt werden, in Psychopathologie müsste auf die unterschiedlichen Manifestationen psychischer Störungen bei Migranten und auf patienteneigene Erklärungsmodelle eingegangen werden, in Psychodynamik sollte das eigene ethnische Unbewusste thematisiert werden, in Gruppendynamik könnte eine Analyse der Bedeutung von Gruppe in verschiedenen Kulturen vorgenommen werden usw. Auf diese Weise würde das Thema nicht einmalig „abgehakt“ werden, sondern würde sich wie ein ständiger *Stream of Consciousness*, ein Bewusstseinsfluss durch das Studium ziehen. Ein Kulturenbewusstsein würde dadurch im Berufsalltag auf vielen verschiedenen Ebenen der therapeutischen Arbeit verankert sein und präsent bleiben.

1.3.1.11 Spiritualität

„Es gibt Dinge die bekannt sind, und Dinge, die unbekannt sind, und dazwischen liegen die Pforten.“ Jim Morrison³⁸

Die USA ist bekanntermaßen ein spiritueller Marktplatz, der von extremem Traditionsverständnis bis zu revolutionären Kulturbrüchen alles bietet. Das Spektrum reicht von rigiden, religiösen Ansichten im *Bible Belt*³⁹ der USA, wo ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung die Evolutionslehre nach wie vor ablehnt, über Mormonen- und Amishkulturen sowie Indianertraditionen in Reservaten bis hin zu vom Buddhismus inspirierten, erleuchteten Lehrern, die Satsangs geben und naturverbundenen Hippiekommunen in Kalifornien.

Besonders die Geburtsstätten kulturell revolutionärer Bewegungen – entlang der Westküste (Kalifornien und Oregon) und heute auch in Boulder / Colorado und Sedona / New Mexiko – sind durch eine sinnsuchende Kultur geprägt, wo das Bedürfnis, über das Materielle hinauszuwachsen und andere Bewusstseinszustände zu erleben, nicht nur auf den boomenden New Age Markt beschränkt ist. Auch die Schulen und Universitäten thematisieren Sinnfragen, praktizieren Meditationen und explorieren esoterische Theorien und Praktiken: Naropa University ist eine der wenigen buddhistischen Universitäten im Westen, die John F. Kennedy University bietet einen eigenen Master in Transpersonaler Psychologie an und CIIS wurde von seinem Begründer Haridas Chaudhuri als Ost-West Brücke entworfen. Das Thema Spiritualität ist Aushängeschild dieser Universitäten, verankert in ihrem *Mission Statement* und fester Bestandteil der Psychotherapie-Curricula, genauso wie Meditationen und östliche Philosophien. Hakomi, ein buddhistisch fundiertes Verfahren, wird an allen vier Universitäten als eines der zentralen KPT-Verfahren gelehrt und es werden Seminare angeboten, die sich explizit mit Spiritualität⁴⁰ beschäftigen.

38 In: Sugerman, 1992, 10.

39 Unter Bible Belt (Bibelgürtel) fallen die Staaten, die im Süden der USA einen gürtelartigen Bogen von West nach Ost spannen: Die ungefähren Eckpfeiler dieses Gebietes bestehen im Westen aus Kansas und Texas und im Osten aus North-Carolina und Georgia.

40 „Transpersonal Counseling Skills“ (CIIS), „The Body in Meditation and Psychotherapy“ (Naropa), „Body, Soul and Self“ (Santa Barbara).

Zwei Drittel der amerikanischen Psychologen erachten Spiritualität als wichtig, wobei mehr als die Hälfte von ihnen der Religion kritisch gegenübersteht (MacDonald 2000, 155). Die Abgrenzung von Religion und Spiritualität ist hierbei nicht ganz einfach. Während beiden eine Sinnsuche zugrunde liegt, wird Religiosität tendenziell den traditionellen Religionen zugeordnet. Unter Spiritualität werden dagegen eher alternative Konzepte zusammengefasst, was die in der oben genannten Studie zu Tage tretende Ablehnung von Religion erklärt. Während religiöses Erleben sich in Gebet und Verehrung äußert und in der Regel den Glauben an einen oder mehrere Götter beinhaltet, ist Spiritualität verhältnismäßig weiter gefasst, als „geistig-geistliche Orientierung und Lebenspraxis“ (Brockhaus 2003, 969) eines Menschen.

Was der Spiritualität zugrunde liegt, ist die Suche nach einer verlorenen Ganzheit, einem Erleben von uns als Einheit, aufgehoben in einem größeren Zusammenhang. Lowen beschreibt Spiritualität als das „Gefühl der Verbundenheit mit einer höheren Ordnung“ (Lowen 1991, 19). Die spirituelle Heimatlosigkeit, die viele Menschen im Westen erleben, ist charakteristisch für unsere Zeit. Die Abkehr von den als unzeitgemäß erlebten großen Religionen öffnet unzählige Wahlmöglichkeiten an Glaubenswegen und löst Sinnkrisen aus. Mittlerweile existiert sogar im DSM-IV (APA 2000) eine diagnostische Kategorie „religiöse oder spirituelle Probleme“, die dieses Phänomen zum Fokus klinischer Aufmerksamkeit macht.

Während einige Psychotherapeuten die Diskussion um die spirituelle Dimension der Therapie für eine *Pandoras Box* – ein Fass ohne Boden – halten (Weiss 2008), sind andere von der Untrennbarkeit von Spiritualität und Psychologie überzeugt: „Psychologie kann nicht anders als spirituell praktiziert werden: in Achtsamkeit für das beseelende Prinzip des Lebens.“ (Bucher 2007, 4, vgl. auch Boadella 1998)

Obwohl der vom Zen inspirierte Karlfried Graf Dürckheim die Seins-Dimension in die Psychotherapie einführte, ist die deutsche Psychologie mit ihrem Selbstverständnis heute weiter entfernt von spirituellen Fragen als die über Carl

Rogers und Ron Kurtz vom Buddhismus geprägte US-amerikanische (Langfeld/Rellensmann 2006, 80). „Die westliche Psychotherapie tut sich schwer, dem Bedürfnis des Menschen nach einem Lebenssinn zu begegnen.“ (Deikman 1982, 14 f.) Das Zitat einer Diplompsychologin verdeutlicht dies:

„In den ganzen fünf Jahren meines Psychologiestudiums habe ich nie etwas von Spiritualität gehört, vom Geist, von der Seele. Ich habe auswendig gelernt, welcher Gehirnteil aktiv ist, wenn Menschen Probleme lösen oder Angst haben. Aber verstehe ich damit den Menschen? Es war alles so naturwissenschaftlich. Dass Menschen auch glauben, an Gott, an ein höheres Wesen, dass sie einen letzten Sinn suchen ... davon haben wir kaum etwas gehört.“ (Bucher 2007, 3)

In den USA findet der Brückenschlag durch die Integration buddhistischer Traditionen in die Psychologie statt, insbesondere über das beobachtende Selbst (Deikman 1982, 191), das schon Freud kultivierte, und das Gewahrsein im Moment, das sich in der Awareness der Gestalttherapie zeigt.

Die spirituelle Suche ist von Natur aus eng verbunden mit dem psychotherapeutischen Weg der Selbsterkenntnis und Selbstaktualisierung. „Die mystischen Traditionen bieten keine Therapie im üblichen Sinne des Wortes an, aber indem man das Ziel der Mystik erreicht, nämlich die Erfahrung des Wahren Selbst, wird man, wie es heißt, vom menschlichen Leiden befreit, weil dadurch dessen Basis beseitigt worden ist.“ (Deikman 1982, 12) Ein psychotherapeutischer Prozess kann dabei spirituelle Dimensionen öffnen und auf dem spirituellen Weg können psychische Erkrankungen zum Ausbruch kommen.

Die Fusion von spirituellen Praktiken und Psychotherapie funktioniert nicht immer. Spirituelle Praktiken sind nicht beliebig importierbar, denn ihre Wirksamkeit ist kulturabhängig. Marlock machte diese Erfahrung mit dem Zen-Buddhismus und stellt die Frage, „warum der Erfolg der menschlichen Bemühungen um Präsenz so spärlich ausfällt“. Seine Erkenntnis: „Nicht wegen mangelhafter Disziplin, sondern weil Menschen emotional in ungelösten Szenen des ‚Da und Dort‘ gefangen sind.“ (Marlock 2006c, 397) Die Beobachtung, dass östliche, spirituelle Wege nicht eins zu eins auf westliche Sinnsuchende

angewandt werden können, machte der indische Philosophieprofessor Osho als einer der Ersten. Er erkannte in der Schwierigkeit seiner westlichen Schüler, ihren *Mind* zu leeren und still zu sitzen, ihre neurotische Struktur. Daraufhin entwickelte er verschiedene Bewegungsmeditationen, die der meditativen Phase eine kathartische Phase vorangehen lassen, sowie Therapieprozesse, die humanistische Verfahren und spirituelle Praktiken kombinieren. Die von Andreas Wehowsky gestellte Frage, wie man die „Polarität von meditativen Praktiken und prozeßorientierter Arbeit“ integrieren könne (1998), wurde damit genaugenommen schon 30 Jahre zuvor von Osho beantwortet.

Für die Körperpsychotherapie ist das Thema der Spiritualität essentiell, gerade wenn man von der östlichen Ansicht ausgeht, die „Spiritualität als körperliches Phänomen betrachtet“ (Lowen 1991, 19). Eine spirituelle Reise ist genau wie das Leben an sich ohne den Körper nicht möglich. Nicht nur sind die Fragen nach unserer menschlichen Identität und dem Sinn des Lebens sowie unsere Auseinandersetzung mit dem Tod ohne Einbeziehung des Körpers nicht zu beantworten (Wehowsky 1998). Auch die existenziellen Konflikte manifestieren sich im Körper. Laut Irvin Yalom sind dies die „letzten vier Dinge“: Tod, Freiheit, existenzielle Isolation und Sinnlosigkeit (1989, 18). Umgekehrt öffnet der Körper selbst Zugänge zu spirituellen Erfahrungen wie dem Erleben von Grenzenlosigkeit und Ekstase (vgl. Murphy 1992, Leonard 1974, Grof 1994), was viele Körperpsychotherapeuten in ihrer Praxis ständig erfahren.

Fazit ist, dass das Thema Spiritualität sowohl als krisenhafte Sinnsuche (APA 2000) als auch in Form von intensiven, durch Körperarbeit ausgelösten Erlebnissen in der psychotherapeutischen Praxis bereits auftaucht. Die Einbindung in einen akademischen Rahmen kann deshalb der Erforschung spiritueller Phänomene und ihrer therapeutischen Begleitung nur dienlich sein.

Abschließend erfolgt nun eine Übersicht über die Curricula der anderen drei amerikanischen Universitäten, die ein Körperpsychotherapiestudium anbieten. Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte erkennt man gerade in den Mission Statements die sie verbindende humanistische Grundhaltung wieder.

1.3.2 Santa Barbara Graduate Institute (SBGI), Santa Barbara, Kalifornien

„This program offers education from the inside out. An organic process, it encourages students to work from their centers, to develop their own unique synthesis of their studies. Coming from their personal depths, students meet the outside world, its requirements and challenges, in a more integrated, skilful and effective manner.“ (SBGI 2009)

SBGI bietet als einzige Universität einen Körperpsychotherapieabschluss auf Ph. D. Niveau an. Begründerin des Somatic Psychology Institutes ist Judith O. Weaver, die gleichzeitig Professorin in CIIS ist.

Im Bereich KPT gibt es zwei Studienrichtungen:

- Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Körperpsychotherapie (Clinical Psychology with Specialty in Somatic Psychology)
- Körperpsychotherapie (Somatic Psychology)

Beide Studienrichtungen werden sowohl als Psychologisches Doktorandenstudium (Psy. D.) als auch als Masterstudium (M. A.) angeboten.

Das Somatic Psychology Programm (M. A.) unterscheidet sich vom CIIS Programm nur in Details: Das Studium umfasst 46 anstatt 60 Units, es werden nur 20 Stunden Eigentherapie verlangt und es werden insgesamt weniger Klassen angeboten. Die meisten Klassen behandeln dieselben Themen wie CIIS, einzige Ausnahmen bilden die Pflichtseminare mit den Themen Berührung („Psychology of Touch“) und kritische Wissenschaft („Critical Thinking in Research“) sowie ein erkennbarer Schwerpunkt in Neurobiologie. Im SBGI werden folgende Verfahren unterrichtet: Focusing, Gestalttherapie, Hakomi, Somatic Experiencing, neoreichianische Verfahren sowie Bewegungstherapien (nicht näher benannt). SBGI kooperiert mit dem legendären Esalen Institute in Big Sur, wo in der Funktion eines An-Institutes vom universitären Lehrkörper mehrtägige Fortbildungen angeboten werden.

1.3.3 Naropa University, Boulder, Colorado

„Naropa zollt der inhärenten Güte und Weisheit jedes Menschen Anerkennung. Naropa bildet den ganzen Menschen, kultiviert akademische Exzellenz und Einsichten durch Besinnung, um so Wissen mit Weisheit zu füllen. Die Universität nährt in ihren Studenten eine Freude an lebenslangem Lernen, einen kritischen Intellekt, einen Lebenssinn, der mit dem Leisten eines mitfühlenden Beitrags zur Welt kommt, und die Offenheit und Gelassenheit, die authentisches Wissen und Selbstkenntnis begleitet.“ (Naropa 2009, Übersetzg.)

Naropa ist eine buddhistische Universität und bietet Masterprogramme in Art Therapy, Wilderness Therapy, Transpersonal Therapy und Körperpsychotherapie an. Hier nennt sich das von Christine Caldwell gegründete KPT Programm *Somatic Counseling*. Innerhalb dieses Programms können die Studenten zwischen einem Schwerpunkt in *Dance / Movement Therapy* und *Body Psychotherapy* wählen. Curricular sind die Schwerpunkte jedoch fast identisch. Im Zentrum der Ausbildung stehen drei Verfahren: Das von Caldwell entwickelte Moving Cycle, sowie Authentic Movement und Sensimotor Psychotherapy, eine von Pat Odgen entwickelte Methode zur Traumabearbeitung. Auch Hakomi, ein buddhistisch orientiertes Verfahren, das sich aus Elementen der reichianischen Arbeit, Gestalt und verschiedenen Körpertherapien zusammensetzt wird zunehmend mehr unterrichtet. Das Grundlagenseminar KPT heißt hier gemäß des buddhistischen Fundamentes „The Body in Meditation and Therapy“, und es gibt im Pflichtcurriculum sogar ein Seminar „Traumarbeit“. Das Studium schließt nicht mit einem Forschungsprojekt sondern mit einer Thesis, einer Masterarbeit, ab.

1.3.4 John F. Kennedy University (JFK), Pleasant Hill, Kalifornien

„Our vision is to be the learning environment of choice for those seeking a transformative and life-enhancing educational experience.“ (JFK 2009)

JFK ist eine relativ große Universität, die neben einer breiten Fächervielfalt auch Körperpsychotherapie anbietet. In der *School of Holistic Studies* (Institut für ganzheitliche Studien) werden drei *Counseling Psychology* Master angeboten: Transpersonal Psychology, Holistic Studies und Somatic

Psychology. Zu den Besonderheiten ihres KPT Curriculums gehören Stress und Psychobioimmunology sowie Trauma and PTSD. Zentrale Verfahren sind: Hakomi, Somatic Experiencing, Integrative Körperpsychotherapie sowie die neoreichianischen Verfahren Bioenergetik, Biodynamik, Biosynthese und Core Energetics.

2 Entwurf eines universitären KPT Curriculums für Deutschland

2.1 Studieren: Gedanken zu Bedeutung und Setting

„Bildung spielt eine lebenswichtige Rolle, nicht nur für unsere Art zu denken, unseren Blick auf das Leben und unser Gefühl für Werte, sondern auch für unser Verhalten in jedem Moment. Das ist die Bedeutung von Integral Education: Bildung, die auf dem Konzept des ganzen Menschen basiert und der die gesamte menschliche Situation zugrunde liegt, die globale Situation.“ (Chaudhuri 2009, Übersetzg.)

2.1.1 Das Studium als Zeit der Selbstfindung

Bildungsgeschichtlich wird in Deutschland seit dem 18. Jahrhundert die Studienzeit mit Persönlichkeitsentfaltung, Identitätsfindung und einer kritischen Auseinandersetzung mit bestehenden Gesellschaftsnormen verbunden (Jeismann/Lundgreen 1998, 75 f., Führ/Furck 1998, 428 f.). Angeregt durch das Humboldtsche Ideal von einer Bildung der Individualität und Selbstverwirklichung wurde das Studium von der Einstellung getragen, dass der Bildungsprozess die „Freiheit der Selbstregulation“ (Jeismann/Lundgreen 1998, 75) benötigt. So war das Studieren traditionell ein potentieller Übergangsraum, in dem die Bevormundung des Gymnasiums vorbei war und die Pflichten des Arbeitslebens noch nicht begonnen hatten. Viele konnten sich aufgrund elterlicher Finanzierung oder BAföG ganz dem Lernen und Leben widmen. In den bis zum Bologna Prozess existierenden Diplom-Studiengängen war die Zeit bis zum Vordiplom zudem ein notenfreier Raum, die den Studenten von der Sympathie seiner Dozenten und Professoren weitgehend unabhängig machte. Heftige Diskussionen in den Veranstaltungen waren üblich, denn das persönliche Verhalten des Studenten hatte in diesem Studiensetting in der Regel keine Auswirkung auf seine Endnote, mit der er ins Berufsleben trat, da die Vordiplomnote nicht in die Diplomnote eingerechnet wurde.

Erst 1999, mit Einführung der Bachelor- und Master-Abschlüsse, wurde der von den Reformern im späten 18. Jahrhundert verteidigte Bruch zwischen Schule und Studium abgeschafft, der die „Lehr- und Lernfreiheit und [die] anderen Freiheiten des Studentenlebens“ bewahren sollte (Jeismann/ Lundgreen 1998, 226). Seit der Neugestaltung des Studiums „von Punktesystemen über

Dauerpseudoprüfungen bis zu durchregulierten Studienplänen [kommt es] nicht oder nur unvorhergesehenerweise zum Aufatmen nach der Schule“ (Kaube 2008) und es stellt sich die Frage, wie sich die Lernkultur an Universitäten verändert, „wenn das Studium unter die Dauerbeobachtung einer ständigen prüfungsbewährten Leistungsperformance gestellt wird?“ (Dany/Szczyrba/Wildt 2008, 6)

Was wir mit der Bolognareform verloren haben, ist mehr als freie Veranstaltungswahl und ein paar Semesterwochenstunden (SWS) an Freizeit. Was nicht mehr existiert, ist ein sicherer Raum, in dem Studenten sich persönlich zeigen können, sich vom Elternhaus abgrenzen können, sich am Establishment (und das sind in diesem Setting die Dozenten) reiben können, ohne dass an jedem Semesterende eine benotete Prüfung ansteht, womöglich noch bei dem Professor, dem sie jugendlich-ungestüm widersprochen haben. Was nicht mehr existiert, ist ein Raum, in dem Studenten die freie Wahl haben, ein ganzes Semester zu vergammeln oder sich mit einer Lebenskrise auseinanderzusetzen und dafür im nächsten Semester mehr zu machen. Ein Raum, in dem sie in sich hineinhorchen können, ob sie denn diesen Sommer Statistik machen wollen, wo die Uniwiesen rufen, oder ob sie das nicht ins Wintersemester verlegen. Ein Raum, um zu wählen, welches Seminar noch offene persönliche Fragen beantwortet, vielleicht auch in einem anderen Institut.

„Die Bummelei der ersten Semester war nichtsdestoweniger für die persönliche Entwicklung des Studenten von entscheidender Bedeutung. Er hörte die Vorlesungen der berühmten Professoren, oft ohne Rücksicht auf die berufliche Ausbildung; er durchmusterte eifrig die zeitgenössische Literatur, einschließlich politischer und religiöser Pamphlete; in Diskussionen mit Kommilitonen hatte er Gelegenheit, seine eigene Meinung zu sozialen und politischen Fragen zu entwickeln, wie oberflächlich und unklar auch immer. [...] Das ernsthafte Studium begann selten vor den letzten Semestern, wenn die Staatsprüfungen drohend am Horizont auftauchten.“ (Jeismann/Lundgreen 1998, 242 .f)

Dieter Henrich, ein Schüler Gadamers, mahnt, dass man begabten Studenten heute die Möglichkeit nehme, ihre eigenen Lehrer zu finden, bei denen sie lernen wollen und mit denen sie ihre Eigenständigkeit finden können und Kaube

schlussfolgert: „Man behandelt heute auch diejenigen [...] Studenten als Kinder, die es nicht sind, und verwehrt ihnen den Eigensinn.“ (Kaube 2008)⁴¹

Dieser Raum der Selbstfindung ist selbstverständlich auch ein Raum der Orientierungslosigkeit, in dem manche ihren Weg nicht auf Anhieb finden, was man – vor allem in Hinblick auf frühzeitige Gewöhnung an den Arbeitsmarkt – mit verschulden Studienordnungen zu verhindern versucht. Doch damit wird nicht nur der Forschungsauftrag der Universität unterminiert, indem die ihm zugrundeliegende Freiheit verwehrt wird. Diese Freiheit ist notwendig für jeden Übergang in eine neue Lebensphase. Dieser Übergang ist natürlicherweise eine Grauzone, in der ein gewisses Maß an Orientierungslosigkeit herrscht, weil das Alte nicht mehr funktioniert und das Neue noch nicht da ist. Wenn wir diesen Übergangsraum verhindern, indem wir das Studieren zu einer Fortsetzung der Schulzeit machen und danach gleich die Pflichten des Berufsalltags anhängen, enthalten wir dann nicht den Studenten einen wesentlichen Entwicklungsschritt vor? Ist nicht das Studium das entwicklungspsychologische Äquivalent zu den Wanderjahren der Handwerker?

In „Fear of Transformation“ vergleicht Danaan Parry das Leben mit dem Schwingen an einem Zirkustrapez und Lebensübergänge mit dem Moment, in dem man von einem Trapez zum anderen fliegt. „Die meiste Zeit“, so schreibt er, „transportiert [das Trapez] mich vorwärts, in gleichmäßiger Geschwindigkeit, und ich habe das Gefühl, dass ich mein Leben unter Kontrolle habe.“ (Parry 1997, Übersetzg.) Doch manchmal sehen wir in der Distanz ein leeres Trapez auf uns zufliegen und wissen, dass es für uns bestimmt ist. Dass da ein neuer Lebensabschnitt auf uns zukommt, dass in diesem neuen Trapez unser persönliches Wachstum und unsere Lebendigkeit liegen. Parry beschreibt die Angst, die mit dem Loslassen des alten Trapezes einhergeht: die Widerstände, das mangelnde Vertrauen, dass alles gut gehen wird. Und in diesem

41 Mit den seit 2009 organisierten bundesweiten Bildungsstreiks kämpfen Studenten für ebendiese Selbstbestimmung im Studium und fordern eine Abschaffung der Anwesenheitspflicht, Verschulung, Regelstudienzeit und Dauerüberprüfung sowie mehr Möglichkeiten zur Schwerpunktsetzung, die tatsächliche Umsetzung der Mobilität zwischen Hochschulen, den Abbau von Zulassungsbeschränkungen und die Förderung einer kritischen Forschung (www.bildungsstreik2009.de, Zugriff am 20.6.09).

Zwischenraum, dem freien Flug, ist die Vergangenheit weg und die Zukunft noch nicht da.

„Mir ist aufgefallen, dass in unserer Kultur dieser Übergangsraum als ein Nichts betrachtet wird, ein Niemandsland zwischen zwei Orten. Sicher, das alte Trapez war real, und ich hoffe, das neue ist es auch. Aber die Leere dazwischen? Das ist nur ein beängstigendes, verwirrendes, desorientierendes Nirgendwo, durch das man so schnell und unbewusst wie möglich durch sollte. Was für eine Verschwendung! Ich habe den leisen Verdacht, dass der Übergangsraum das einzig Wirkliche ist, und dass die Trapeze eine Illusion sind, die wir uns erfinden, um die Leere zu vermeiden, wo der wirkliche Wandel, das wirkliche Wachstum für uns passiert.“ (Parry 1997, Übersetzg.)

Er resümiert, dass diese Zeiten der Orientierungslosigkeit die lebendigsten und passioniertesten Momente unseres Lebens sind, und schlägt vor, bewusst in ihnen zu verweilen, denn „hurtling through the void, we just may learn how to fly.“ (Parry 1997)

Hier liegt das Potential zur Verwirklichung von Humboldts Bildungsideal und auch Karl Jaspers' „Idee der Universität“, in der der Student nicht nur sich sondern auch die Gesellschaft, in der er lebt, formt:

„Der Student steht am Anfang seines Lebensweges, will ihn im Ursprünglichen gründen, und trägt mit seiner Zukunft die Zukunft seines Volkes und Staates, auf die er sich vorbereitet. Kommt er zur Universität, so wehen ihm in aller Verwirrung und Betriebsamkeit doch die Funken des Geistes entgegen, wenn er sie wahrnehmen kann und in seiner Seele zünden läßt. (...) Das Entscheidende ist der Entschluß, der mit der Aufgabe zugleich das eigene Leben gründet: die Wahrheit suchen auf den Wegen der Wissenschaft.“ (Jaspers 1961, 10 f.)

Die globale Dimension und Wirkung einer solchen Hochschulausbildung darf nicht unterschätzt werden, in dem Sinne, dass eine Universität in ständiger inspirierender Wechselentwicklung mit der sie umgebenden Welt steht. Die Universität „wird in eigener Existenz gleichsam identisch mit dem Ganzen und erkennt sich in ihm wieder, indem sie in es hinein die Kraft erhellender Einsicht strahlt.“ (Jaspers 1961, 25)

2.1.2 Menschenbild und das Erlernen einer Haltung im Psychotherapiestudium

Eine Universität ist immer auch ein Abbild ihrer Gesellschaft. Als Vermittler unserer Kultur reicht sie eine bestimmte Art zu denken und wissenschaftlich zu arbeiten weiter. Damit fällt ihr auch die privilegierte Position zu, neue Arten des Denkens zu verbreiten. Nicht nur neue Forschungserkenntnisse, sondern neue Haltungen. Leider investieren Universitäten und Forschungsgesellschaften sehr viel in Forschungen, die das derzeitige Denken perpetuieren und sie investieren sehr wenig in die Entwicklung einer ganzheitlicheren, ethischen Sichtweise, die aus den Philosophien und anderen Geisteswissenschaften kommen könnte und sowohl in den Naturwissenschaften als auch bei wichtigen gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen, z.B. in Wirtschaft und Politik, gebraucht würde.⁴²

Hochschuldozenten „sollten sich in den öffentlichen Raum einbringen, indem sie die moralischen, politischen, kulturellen und wissenschaftlich aktuellen Schlüsselthemen diskutieren, debattieren und kritisch hinterfragen“ (Mac Labhainn 2009, 42, Übersetzg.). Auch das National Committee of Inquiry into Higher Education forderte 1997 von den Universitäten, die Verantwortung als „critic and conscience of society“, die von keiner anderen sozialen Institution getragen werden könne, zu übernehmen (zitiert aus: Mac Labhainn 2009, 50).

Die Universitäten scheinen jedoch auch was ihr Selbstverständnis angeht in tradierten Denksystemen gefangen zu sein, und ihr Widerstand, sich selber zu hinterfragen, lähmt sie für die Rolle des gesellschaftlichen Gewissens. Für einen Erklärungsversuch, warum die Reform zu ganzheitlichen Sichtweisen an Universitäten so schwierig ist, bietet Arno Gruen einen psychodynamisch fundierten Erklärungsansatz:

42 Frankreich scheint hier ein Umdenken einzuleiten, indem es die Eindimensionalität des Denkens inzwischen verpönt. „Von einengenden Begriffen befreit, beflügelt vom Wissen anderer Kulturen und beschwingt vom Lob der Unordnung, öffnen sich französische Naturwissenschaftler für Methoden und Erkenntnisse der Kulturwissenschaften.“ In dieser „Wissenschaft des Lebendigen“ übernehmen die Naturwissenschaften Sichtweisen und Begrifflichkeiten die aus Soziologie, Psychologie und Philosophie stammen: „Kommunikation, Intelligenz, Erkenntnis, ja sogar Seele.“ (FAZ 2007)

In „Der Verrat am Selbst“ (1986) und „Der Fremde in uns“ (2008) untersucht er die Psychodynamik von Macht, Gewalt und Unmenschlichkeit und nennt ursächlich die Abspaltung des Menschen von seinem Selbst, von seiner Angst, Hilflosigkeit und Emotionalität. Die Abwehr der eigenen Schwäche im Inneren führt dabei zur Bekämpfung des Schwachen und Hilflosen im Außen. Der Mythos vom Mitgefühl als Schwäche, der sich seiner Theorie gemäß unter anderem in der Verachtung der Frau ausdrückt, hat sich in eine Realität verselbstständigt, in der „ein Mann einen anderen tötet, weil er das in sich selbst hasst, was er der ‚Realität‘ wegen als Schwäche identifiziert, was aber das Gute in ihm ist“ (Gruen 1986, 159). „Des Mannes Mythos zerstört ihn selbst und alles das, was er berührt.“ (ebd. 104) McNeely analysiert die derzeitige globale Situation ebenso entlang einer Dynamik des Widerstandes. Sie führt analog die Überbewertung des Verstandes und die Vernachlässigung des Körpers auf die Angst zurück, „von der ausbrechenden Triebnatur überwältigt zu werden, wenn wir unsere Kontrolle lockern“ und spricht vom „kollektiven Widerstand gegenüber dem Auftauchen des Weiblichen in der objektiven Psyche“ (McNeely 1992, 74).

Diese aus Spaltung resultierende Entwertung des Leiblichen, Gefühlvollen, Subjektiven gegenüber dem Kognitiven, vermeintlich Objektiven zeigt sich konsequenterweise auch an den Universitäten, wo intrinsisches Wissen zu wenig einbezogen und mit akademischem Wissen verknüpft wird und wo Empirie Vorrang hat vor der Phänomenologie. Die Bevorzugung der Naturwissenschaften und ihrer „harten Fakten“ vor den Geisteswissenschaften zeigt sich selbst in den Instituten, die die Aufgabe haben, sich mit dem Menschen und seinem sehr leiblichen, gefühlvollen und subjektiven Erleben auseinanderzusetzen, wie zum Beispiel der Psychologie. „Historisch betrachtet war der Faktor ‚Erleben / Erfahrung‘ der akademischen Psychologie schwer zugänglich, da er ebenso wie andere Begriffe der subjektiven Erste-Person-Dimension durch objektive Messungen kaum darstellbar ist.“ (Weiss 2006, 423) Der Theologe Anton Bucher kritisiert, dass die Psychologie „ursprünglich angetreten als Wissenschaft von der Seele“ (Bucher 2007, 3) diese weitgehend aus dem Blick verloren habe und sich zunehmend mit äußerlichem Verhalten,

gehirnphysiologischen Mechanismen und Kognitionen befasse und Gustl Marlock erinnert an Habermas' Einwand, „dass wir es im Bezug auf menschliches Leid eben nicht mit Kausalitäten im Sinne der Naturwissenschaften zu tun haben, sondern mit Kausalitäten des Schicksals“ (Marlock 2003).

Hier wird auch bereits die Kluft zwischen der akademischen Psychologie und der Psychotherapie deutlich. Freud grenzte die Psychologie als eine „Sinnesphysiologie“ von der „Lehre vom Seelenleben“ ab (Freud 1999, Band XIV, 218): „Eisbär und Walfisch, hat man gesagt, könnten nicht miteinander Krieg führen, weil sie, ein jeder auf sein Element beschränkt, nicht zueinanderkommen. Ebenso unmöglich wird es mir, mit Arbeitern auf dem Gebiet der Psychologie oder der Neurotik zu diskutieren, die die Voraussetzungen der Psychoanalyse nicht anerkennen und ihre Ergebnisse für Artefakte halten.“ (Freud 1999, Band XII, 76)

Wie also soll Psychotherapie gelehrt werden? *Therapie* im ursprünglichen Sinne des Wortes ist eine unterstützende Wegbegleitung, gemäß dem Stammwort *therápon* (griech.): „Diener, Gefährte“ (DUDEN 2007). Wie aber bildet man Wegbegleiter aus? Was soll dem Studenten für ein Menschenbild vermittelt werden: von dem zukünftigen Klienten und damit ja auch immer gleichzeitig von sich selbst, dem zukünftigen Therapeuten und seiner Berufsidentität. Was für Mittel werden dem Studenten an die Hand gegeben, um eine Heilkunst zu verstehen und potentiell selber zu heilen? Wie vermittele ich innerhalb eines universitären Settings sowohl Wissen als auch eine Haltung? Welche Art des Studiums, welche Lehr- und Lernformen fördern eine therapeutische Haltung, welche unterminieren sie? Diese Fragen sind bei der Erstellung eines Curriculums von existenzieller Bedeutung.

Ich will vorwegnehmen, dass ich diese Fragen nicht abschließend in dieser Arbeit beantworten kann, denn Psychotherapie als universitärer Studiengang existiert in Deutschland derzeit noch nicht. Deshalb habe ich in diesem Kapitel zunächst die Inhalte und vor allem die Art der Lehre im Vorbereitungs-

studiengang Psychologie einer kritischen Betrachtung unterzogen. Daraus ergeben sich Vorschläge für eine – wie ich denke nicht nur der Körperpsychotherapie angemessene – Art des Studierens, die Impulse für weitere Diskussionen setzen sollen.

Ich beginne meine Ausführungen mit einem Beispiel aus dem Hörsaal:

Während meiner Studienzeit besuchte ich eine Kinder- und Jugend-Psychiatrievorlesung mit Krankenvorstellung für Studenten der Psychologie und Medizin. Dort wurde seinerzeit zum Thema „Essstörungen“ ein 14-jähriges Mädchen mit einer Sonde⁴³ in der Nase vorgestellt, die sie aufgrund ihrer anhaltenden Weigerung zu essen bekommen hatte. Auch ihre Mutter sei essgestört, befinde sich aber nicht in Behandlung. Das Verhältnis zu den Eltern sei sehr gut, ohne jegliche Konflikte. Zu meinem Erstaunen stellte der dozierende Psychiater dies als positiven Aspekt im Leben der Jugendlichen heraus. Das Mädchen wurde seit einem halben Jahr rein verhaltenstherapeutisch behandelt, aber ohne Erfolg. Sie hatte aufgrund ihrer „fehlenden Kooperation“ (in Form von Gewichtszunahme) keinen Stadtausgang.

Der Psychiater führte zunächst ein Interview mit dem Mädchen durch, in dem sie angab, dass sie aus der Klinik herauswolle, ihr wichtigstes Ziel sei es aber, nicht zuzunehmen. Nach dem Interview bestand die Möglichkeit für Studenten, die Patientin zu befragen. Ich fragte sie, ob ich sie richtig verstanden hätte: Sie wolle entlassen werden, aber noch mehr wolle sie ihr Gewicht halten. Als sie bejahte, wollte ich wissen, wie sie denn plane, mit diesem schwierigen Dilemma umzugehen. Sie zuckte mit den Achseln, scheinbar gleichgültig. Doch dabei sah sie mich lange, direkt und intensiv an und in ihren Augen glänzte Kraft und Trotz und ein gesunder Wille. Ich hatte das Gefühl, dass sie in ihren Augen die Antwort bereits hielt, aber diese nicht aussprach.

Für die verbleibende Zeit der Vorlesung war jeweils eine Fallbesprechung ohne den betroffenen Patienten angesetzt. Hier bat ich den Psychiater, zu dem Kommentar der jungen Patientin Stellung zu nehmen. Ihm war die Brisanz ihrer Aussage bewusst und er verteidigte vehement seinen verhaltenstherapeutischen Plan. Als ich ihn mit dem fehlenden Behandlungserfolg konfrontierte, brauste er auf: „Ja, und was würden Sie vorschlagen?“ Ich erwähnte, dass Essstörungen ja bekanntermaßen Familienstörungen sind, und ob man nicht zu einem familientherapeutischen Ansatz wechseln solle. Seine Assistenzärzte rollten mit den Augen, aber die Studenten im Hörsaal waren durch die

43 Anmerkung: Eine Sonde zur künstlichen Ernährung wird immer dann gelegt, wenn die Patientin sich entweder gänzlich weigert zu essen oder wenn das Mindestgewicht laut BMI (Body Mass Index) nicht innerhalb einer gesetzten Zeit erreicht ist.

unerwartete Diskussion wach geworden und saßen in gespannter Erwartung. Es folgte sein wütender Rundumschlag gegen die Nutzlosigkeit von Familientherapien mit dem Fazit: „Nein, da muss sie jetzt durch. Die wird ihre Meinung schon ändern.“

Kaum war die Vorlesung zu Ende, kam er auf mich zu und ich machte mich innerlich auf eine Fortsetzung seiner wütenden Retorte gefasst. Stattdessen aber sagte er mit gedämpfter Stimme: „Also, mit den Familien, ich weiß ja was Sie meinen. Ich sage Ihnen, ich sehe da Sachen! Wir haben hier einen hohen Beamten, der viel unterwegs ist, und wenn er mal zu Hause ist, dann ... naja, er hat halt ein Temperament ... und da klatscht er dann regelmäßig seine Tochter an die Wand. Und deswegen haben wir es jetzt so gemacht, dass wir die Tochter in der Psychiatrie unterbringen, wenn er zu Hause ist.“ Ich war einerseits entsetzt, andererseits aber ermutigt durch seine Ehrlichkeit und Offenheit mir gegenüber. In unserem kurzen Gespräch bat ich ihn deshalb nochmals, die Behandlung des Mädchens zu überdenken, da ich mir sicher sei, dass dieses Kind sich nicht seinen Willen brechen lassen würde.

Ein Jahr später besuchte ich aus Interesse einige der Vorlesungen zu speziellen Störungsbildern noch einmal. Als ich zur Essstörungs-Vorlesung erschien, traute ich meinen Augen nicht. Vorne saß dieselbe Patientin wieder, immer noch mit Sonde in der Nase. Ihr Blick war leer und sie saß zusammengesunken und resigniert. Der Psychiater berichtete, dass sie inzwischen unter anderem mit Antidepressiva und Neuroleptika behandelt worden war, ohne Erfolg. Als die Möglichkeit gegeben war, fragte ich sie, ob sie sich vielleicht erinnern könne, dass ich sie letztes Jahr auf ihr Dilemma angesprochen hatte. Sie nickte. Auf die Frage, ob sie zu einer Lösung gekommen sei, antwortete sie sofort und ohne überlegen zu müssen, dass sie bereit sei, in der Klinik zu sterben. Der Psychiater beendete das Interview hastig und die Patientin wurde auf ihre Station zurückgebracht.

In der folgenden Diskussion mit den Studenten waren viele sehr aufgebracht, hauptsächlich die Psychologiestudenten. Die Medizinstudenten dahingegen schienen nichts Ungewöhnliches an dem Vorfall zu finden und belächelten die Emotionalität ihrer Kommilitonen. Der Psychiater verteidigte weiterhin sein Behandlungskonzept. Gleichzeitig aber gestand er ein, dass die Patientin inzwischen unter Realitätsverlust leide und keine Anstrengungen mehr mache, die Klinik zu verlassen. Sie warte auf den Prinzen auf dem weißen Ross der sie erlöse, weshalb man ihr – unabhängig von ihrem Gewicht – Stadtausgang erlauben würde, um ihr Interesse am Leben wiederzuerwecken. Die emotionalen Kommentare der Studenten wehrte er ab und warf ihnen Naivität und noch fehlende Beurteilungskompetenz vor. Als eine Studentin sein Vorgehen als ärztlichen Behandlungsfehler bezeichnete, beendete er die Diskussion.

Ein weiteres Jahr später sah ich eines Morgens zufällig, wie eine Gruppe von Jugendlichen mit ihrem Betreuer das Psychiatriegelände Richtung Park verließ. Unter ihnen war das Mädchen.

Dieser Fall ist ein erschütterndes Beispiel für die fatalen Folgen von blinder Methodentreue, fehlender therapeutischer Empathie und mangelnder Achtung vor der Menschenwürde. Er verdeutlicht auch die potentiellen Gefahren durch das den verhaltenstherapeutischen Ansätzen zugrunde liegende Menschenbild.

Der Psychoanalytiker Arno Gruen kritisiert analog, dass es zwei Arten von Psychotherapie gibt: Jene, die die Spaltungstendenzen des Menschen in der Kultur – und damit seine Krankheit – fördern, und jene, „die auf der Suche nach der umfassenden Wahrheit des Individuums und seiner Welt sind“ (Gruen 1986, 135). Erstere verhindern laut Gruen durch die Reduktion des Menschen auf ein Objekt mit In- und Output- Charakter den Zugang des Menschen zu seinen inneren Vorgängen: „Der amerikanische Psychologieprofessor B. F. Skinner und seine Schule, die die Verhaltenspsychologie in der ganzen Welt nachhaltig beeinflusste, befasst sich mit dem Menschen, als ob Freiheit und Würde gar nicht existieren.“ (Gruen 1986, 120)

Das den behavioristischen Ansätzen zugrundeliegende, spaltende Menschenbild zeigt sich in vielen Aspekten der psychologischen Wissenschaft. Etliche Theorien, die in der Allgemeinen Psychologie gelehrt werden, entstanden und entstehen aufgrund von Versuchen, die in schmerzlicher Form die innere Spaltung von namhaften Wissenschaftlern demonstrieren. Hier seien nur die bekanntesten genannt:

- Die Furchtkonditionierungen des „Kleinen Albert“ mit einem lauten Hammerschlag auf eine Eisenstange bei gleichzeitiger Präsentation eines Kaninchens, Bauklotzes etc.
- Die Garcia Studie mit Ratten, denen über Übelkeit und Elektroschocks eine Wasseraversion antrainiert wurde.
- Die Theorie der gelernten Hilflosigkeit, für die Hunde in einem Käfig und ohne Möglichkeit der Flucht vor Elektroschocks „hilflos“ wurden.

- Die Harlow-Studie, bei der neugeborene Affen von ihrer Mutter getrennt wurden und das Fellgestell dem Gittergestell vorzogen, auch wenn sie dort keine Nahrung erhielten.

Die Vermittlung der aus den Versuchen gewonnenen Theorien findet in den Vorlesungssälen der Psychologie nüchtern und oft ohne Reflektion ihrer ethischen Problematik statt. Im begleitenden Skript einer Psychologievorlesung an der Universität Gießen (Franz 2005) werden unter „Kritik behavioristischer Ansätze“ nur die Erklärungslücken der Versuche und die Inkongruenzen der Ergebnisse aufgeführt. Kein Wort über die Versuche an sich. Auf den Einwand eines sichtlich entsetzten jungen Studenten bemerkte der Dozent lapidar: „Ja, na gut, so was würden Sie heute bei der Ethikkommission nicht mehr durchkriegen.“

Hier zeigt sich, was Gruen treffend als Spaltung bezeichnet: „So trennt sich der Mensch vom Menschsein.“ (Gruen 1986, 158) Es muss also bei einem Curriculum darauf geachtet werden, ob seine Lehrinhalte Spaltungstendenzen im Menschen fördern oder aber zur Bewusstmachung und Auseinandersetzung mit denselben auffordern. Dies betrifft auch das Curriculum des zuliefernden Studienganges.

Freud verteidigte die Laienanalyse – die psychoanalytische Arbeit von Nicht-Medizinern – mit ebendiesem Argument, dass das Medizinstudium eine ungeeignete Grundlage für die psychotherapeutische Ausbildung sei. Er hatte am eigenen Leibe erfahren, „dass der Arzt in der medizinischen Schule eine Ausbildung erfahren hat, die ungefähr das Gegenteil von dem ist, was er als Vorbereitung zur Psychoanalyse brauchen würde.“ (Freud 1999, Band XIV, 262 f.) Heute könnte man Freuds Bedenken gegenüber Medizinern und Diplompsychologen wiederholen, „dass sie der Versuchung widerstehen, mit der Endokrinologie und dem autonomen Nervensystem zu liebäugeln“ (Freud 1999, Band XIV, 294), denn ein ausschließlich so geprägter Blick auf den Klienten und seine Erkrankung ist das Gegenteil von dem, was ein Körperpsychotherapeut braucht. Die Medizin bietet zwar ein profundes Wissen

des Körpers, lässt aber den Leib außer Acht und vermittelt gleichzeitig den eventuell schwer abzulegenden Eindruck einer Reparierbarkeit des psychisch kranken Menschen durch Interventionen und Psychopharmaka. Das Psychologiestudium birgt eine ähnliche Gefahr, zum einen durch die Dominanz verhaltenstherapeutisch ausgebildeter Professoren (Geuter 1999a), zum anderen dadurch, dass der Körper als Träger der Lebensgeschichte im Studium überhaupt nicht auftaucht. „Die klinische Psychologie scheint [...] bezüglich der Bewegungspsychotherapie betriebsblind zu sein und das Potential nicht erkennen zu wollen. Ich kann mir diesen Umstand nur aus der kopflastigen Tradition der Psychologie erklären, deren Vertreter sich zieren, auf die ‚niedrigen Ebenen‘ der Körpersprache herabzusteigen“ (Rümmele 1990, 2).

Es stellt sich die Frage, ob sich eine ganzheitliche und auf Heilung angelegte Wissenschaft wie die Körperpsychotherapie in ihrem Curriculum an einer solchen Wissenschaft orientieren kann. Ich finde, dass diese Frage in Bezug auf große Teile der Psychologie (Allgemeine Psychologie, Sozialpsychologie, Differentielle Psychologie, Testtheorie und Methodenlehre) verneint werden muss⁴⁴. Ein Studium, das den Menschen ausschließlich als Input-Output-Objekt betrachtet, sieht nicht die Einzigartigkeit jedes Klienten und macht Achtsamkeit unnötig. Ein Studium, das unreflektiert Theorien vermittelt, lehrt, dass unethisches Verhalten im Namen der Wissenschaft erlaubt ist. Gleichzeitig attackiert es über viele Semester hinweg das wertvollste berufliche Handwerkszeug eines Psychotherapeuten: seine Intuition und Empathie (Yalom 2002).

„Es gibt eine hohe Kunst in der Körperpsychotherapie, durch Erfahrung gewonnenes, weitergereichtes Wissen und Intuition so anzuwenden, dass durch Beobachtung der Physis des Patienten offensichtliche und auch ganz subtile Hinweise auf unbewusste oder verdeckte Prozesse erkannt und aufgegriffen werden können.“ (Weiss/Harrer 2006, 277)

44 Es wird unabdingbar sein – gerade im Diagnostikmodul – Grundlagen der Methodenlehre, Testverfahren etc. zu vermitteln. Hier wird die Art der Vermittlung (kritische Reflektion, Diskussion ethischer Aspekte, Aufdeckung von Inkongruenzen, Vorstellung alternativer Messverfahren etc.) darüber entscheiden, ob die Lehrinhalte einen Bruch mit dem Rest des Studiums darstellen oder nicht.

Der Psychoanalytiker Robert Akeret wurde einst in einer Supervisionssitzung mit Erich Fromm gefragt, ob er daran glaube, dass sein Patient wirklich der Festung seiner Mutter entkommen wolle, und er antwortete: „Yes, I really believe he does.“ und setzte dann hinzu „That’s just my feeling, of course.“ Erich Fromm lachte daraufhin und sagte: „Only your feeling, Dr. Akeret? Tell me, what else do we have to go on in our work – signs from God?“ (Akeret 1995, 115)⁴⁵

Konsequenterweise muss jedem Aspekt des Studiums – von den Lehrinhalten über die Art der Vermittlung bis hin zu unserer Art des Prüfens – die Haltung innewohnen, die wir in den Studenten hervorrufen wollen. Und da wir keinen Studenten als akademische *Tabula rasa* bekommen, sondern jeder Student „conceptions of learning“ (Mac Labhainn 2009, 46) mitbringt, müssen wir außerdem bei vielen eine kritische Reflektion der Art des wissenschaftlichen Arbeitens einleiten, die in Schulzeit und Bachelorstudium dominiert und die in einer Anekdote Gruens trefflich illustriert wird:

Als Professor eines Psychotherapieseminars an der Rutgers University, USA las Arno Gruen einst ein Kapitel aus Henry Millers autobiographischem *Schwarzen Frühling* vor (Gruen 1986, 75 f.). Das Kapitel handelt von einem Familientreffen, als Miller etwa zwölf Jahre alt war. Essen, Alkohol und „Gemütlichkeit“ flossen in Strömen. Doch unter der Oberfläche waren alle damit beschäftigt, sich gegenseitig das Messer in den Rücken zu jagen. Nur seine Tante Melia hatte Herz, aber sie war gerade dabei, den Verstand zu verlieren. Der Familienclan beauftragte Henry ausgerechnet an diesem Tag, sie in ein staatliches Irrenhaus zu bringen. Sie wollten sie loswerden, ohne dafür zahlen zu müssen. Und das, während alle „lustig und vergnügt“ waren. Als Henry sich vor dem Kliniktor verabschiedete, weinte er.

„Obwohl sie schwach im Kopf war, war sie immer gut zu mir. Die anderen waren intelligenter, aber ihre Herzen waren so schlecht ... Als Melia am Tor stand, mit Augen, so rund und glänzend, muß ihr Geist zurückgerast sein wie ein Expresszug. Alles muß ihr auf einmal ins Gedächtnis

45 „Nur ihr Gefühl, Dr. Akeret? Sagen Sie mir, was haben wir denn sonst als Richtschnur in unserer Arbeit – Zeichen von Gott?“

gesprungen sein. Ihre Augen waren so groß und glänzend, als sähen sie mehr, als sie fassen konnten. Glänzend vor Entsetzen und unter dem Entsetzen eine grenzenlose Verwirrung. Das war's, was sie so glänzen ließ. Man muß verrückt sein, um Dinge so klarsichtig zu sehen, so alles auf einmal.“ (Miller 1973)

Gruen forderte die Studenten auf, aufzuschreiben, was ihrer Ansicht nach Millers Gefühle gewesen waren. Nur einer, ein junger Student aus Mexiko, schrieb über Millers Verzweiflung; die übrigen gaben ihm soziologische Diagramme von Familienkonstellationen und ihren Wechselwirkungen ab. Gruen konfrontierte die Studenten damit in der nächsten Veranstaltung. „Oh“, sagten sie fast unisono, „Sie wollten, dass wir etwas *Einfaches* schreiben, über Gefühle.“ Als er Henry Miller davon erzählte, lachte dieser angeblich schallend über die Absurdität einer Erziehung, die Menschen vom Leben abtrennt, indem sie ausschließlich Abstraktion und „Kompliziertheit“ belohnt.

Miller spricht hier einen interessanten Punkt an: Belohnen wir in unserem Bildungswesen Abstraktion und Kompliziertheit? Ich würde dies bejahen. Die USA gehen diesbezüglich schon beginnend mit der Schulzeit andere Wege. Auch wissenschaftliche Beiträge sind üblicherweise mit Fallbeispielen und persönlichen Prozessberichten versehen. Es wird auf einen einfachen Sprachstil und kurze, prägnante Sätze zur besseren Verständlichkeit geachtet, denn das Ziel ist der Austausch innerhalb eines möglichst breiten Fachdiskurses. Marlock und Weiss kommentieren diesbezüglich die amerikanischen Beiträge in ihrem Handbuch: „Dem Leser werden stilistische und methodische Unterschiede auffallen, die sich hauptsächlich kulturspezifisch erklären. So ist zum Beispiel die theoretische Vorgehensweise der nordamerikanischen Kollegen in der Regel pragmatischer als die ihrer mehr an prinzipieller, erkenntnistheoretischer Strenge orientierten Kollegen insbesondere des deutschen und französischen Sprachraums.“ (Marlock/Weiss 2006a, 11) Ausgehend von anderen Maßstäben tendieren Europäer folglich dazu, „die amerikanische Betonung auf Praxis und Erfahrung als trivialen Anti-Intellektualismus misszuverstehen.“ (Johnson 2006, 98) In den USA ist umgekehrt der Eindruck entstanden, dass unsere wissenschaftlichen Beiträge

nur dann Anerkennung im Fachdiskurs ernten, wenn sie besonders kompliziert formuliert sind.

Was bezwecken wir mit dieser Kompliziertheit? Die Antwort liegt in der Vermeidung und Abspaltung ihres Gegenteils: Wenn am einen Ende des Spektrums abstrakte Theorien liegen, dann befindet sich am anderen Ende die persönliche, emotionale und leibliche Ebene, auf der mein Selbst, meine Biographie und mein Erleben ins Spiel kommen. Die Trennung dieser Pole ist klassisch für unser Verständnis von Bildung, denn nur so wird das Ideal der Abstraktivität, der Verallgemeinbarkeit und Subjektaustauschbarkeit aufrechterhalten. „Die bisherige Hochschule fordert – nicht zuletzt durch Prüfungen – Persönlichkeitsstrukturen, bei denen der affektive und der intellektuelle Bereich voneinander isoliert sind.“ (Schütz/Skowronek/Thieme 1969, zitiert aus: Welbers 2009a, 237). Mit dieser Spaltung wird jedoch ein wertvolles Lernfeld vertan, denn Emotionalität verbessert nachweislich das Lernen (Spitzer 1999, 17) und auch das kreative Denken: „Intellektuelle Funktionen stehen mit affektiven Funktionen in enger Wechselwirkung, die Grundlage von Einsicht, Verantwortung und Kreativität ist.“ (Schütz/Skowronek/Thieme 1969, zitiert aus: Welbers 2009a, 237). Klammern wir die Emotionalität aus der Wissenschaft aus, dann reduzieren wir uns auf einen kleinen Teil unserer Sinne und sind im wahrsten Sinne des Wortes halbherzig in unserer Forschung. Manfred Spitzer resümiert aus seiner Praxis als lehrender Psychiater: „Was uns Menschen umtreibt sind nicht Fakten und Daten, sondern Gefühle, Geschichten und vor allem andere Menschen.“ (1999, 17) Das was in den USA bereits in allen universitären Fachbereichen selbstverständlich ist – „higher education should be about personal transformation and not just accreditation“ (Mac Labhainn 2009, 50) – ist in Deutschland zwar gemäß dem Humboldtschen Ideal theoretisch hinreichend verankert⁴⁶, wird aber in der praktischen Umsetzung heute immer noch oder

46 „Hauptaufgabe der Hochschule ist jedoch, den jungen Erwachsenen optimale Bedingungen für eine umfassende Persönlichkeitsentwicklung zu bieten.“ (Schütz/Skowronek/Thieme 1969, zitiert aus: Welbers 2009a, 237); „Bildung als umfassende Entwicklungschance für sich selbst und die Gesellschaft als ganze.“ (Welbers 2009, 21).

vielleicht sogar mehr denn je vernachlässigt. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Lehr- und Lernmethoden wieder.

2.1.3 Lehr- und Lernformen

Im Rahmen der Bolognareformen wurden hochschuldidaktische Konzepte entwickelt, die einen *shift from teaching to learning* bewirken sollen, eine „Akzentverschiebung von dozentenorientierten zu studierendenorientierten Lehr-/Lernkonzeptionen“ (Schneider/Szczyrba/Welbers/Wildt 2009, 5). Hierbei handelt es sich genau genommen um eine „zweite Welle der Reform“ (Stahr 2009, 72) in der Hochschuldidaktik. Schon in den 1970er Jahren wurde ebendiese Thematik in eigens gegründeten hochschuldidaktischen Zentren mit dem Ziel diskutiert, „die Paradoxien überlieferter Lehrorganisationen aufzulösen, in denen fremd gesteuerte Wissensvermittlung zu selbst gesteuerter Wissensanwendung führen soll.“ (ebd. 73)

Inwieweit Bologna die universitäre Lehre diesem Ziel näher gebracht hat beziehungsweise bringen kann, ist fraglich, denn die bildungstheoretisch geleitete Auffassung vom Studieren soll ersetzt werden durch eine auf Qualifikationen und Kompetenzen zielende Lehrkultur. Diese unterwirft die Hochschullehre marktwirtschaftlichen Regeln, welche „Wissensgenerierung als Wirtschaftsfaktor“ (Jadin/Richter/Zöserl 2008, 169) in ein neues Licht rücken. Dieses Paradox zeigt sich unter anderem in der Forderung nach einer Verbesserung der Lehre als „professionelle, personenbezogene Dienstleistung“ (Szczyrba 2009, 159) mit kleineren Arbeitsgruppen und besserem Unterricht während parallel auf einen Ausbau von eLearning gedrängt wird, um der Studentenflut mit minimalem Personaleinsatz gerecht zu werden, sowie eAssessment, um die durch Bologna „explosionsartige Zunahme von Prüfungselementen“ (Hees/Hermanns/Huson 2008, 145) zu bewältigen. Es scheint, dass derzeit unreflektiert und ohne wissenschaftliche Fundierung Bildungsreformen angeregt werden, die die Lehr- und Lernformen an deutschen Hochschulen unter sich widersprechenden Zielsetzungen modifizieren.

In diesem Kapitel sollen bestehende Methoden, geforderte Neuerungen und bisher ausgeklammerte Methoden unter der Fragestellung betrachtet werden, inwiefern sie den zuvor diskutierten Zielsetzungen eines Körperpsychotherapiestudiums gerecht werden.

Folgende hochschuldidaktische Aspekte werden diesbezüglich betrachtet:

- Grundformen der Lehre
- Praxisbezug
- Prüfungen
- Verbesserung der hochschuldidaktischen Kompetenzen
- Medieneinsatz und eLearning
- Selbsterfahrung

2.1.3.1 Grundformen der Lehre

Zu den herkömmlichen „Arbeitsformen“ der Hochschulen laut Wörner (2008, 111) zählen:

- Vorlesung / Vortrag („Dozentenarbeit“)
- Einzelarbeit (Jeder Studierende arbeitet für sich allein.)
- Partnerarbeit (zwei Studierende)
- Gruppenarbeit (drei oder mehr Studierende)
- Plenumsarbeit / Plenumsdiskussion (Alle Anwesenden arbeiten gemeinsam.)

Innerhalb dieser „Handlungssituationen“ (Macke/Hanke/Viehmann 2008, 146) lassen sich Methoden wie das Brainstorming, Blitzlicht oder Partnerinterview (vgl. Macke/Hanke/Viehmann 2008, 152) differenzieren.

Diese zentralen Lernmethoden fallen in den Bereich des sogenannten formellen Lernens, das institutionell verankert und strukturiert ist und mit einem Zertifikat abschließt. Informelles Lernen kann zwar auch in Institutionen stattfinden, ist aber wenig strukturiert und wird nicht zertifiziert. (Jadin/Richter/Zöserl 2008, 170 f.) Dazu gehören beispielsweise das Fremdsprachenlernen und Sportartenlernen, aber auch das beiläufig und unbewusst stattfindende

„inzidentelle Lernen“ (ebd. 171). Eine strikte Trennung zwischen den Lernformen ist in Bezug auf ein Universitätsstudium gar nicht möglich, denn alle Formen des Lernens bilden den Studenten und sollten gemäß dem Humboldt'schen Ideal zum Studienerfolg beitragen. Dem ist jedoch leider nicht mehr so. In ihrer subjektiven Bedeutsamkeit stuften Studenten von den formellen Lernsituationen die „Vorbereitung auf eine Prüfung“ (38,8%) sowie „praktische Erfahrungen sammeln“ (18,3%) als die bedeutsamsten ein. Außerhalb des Studiums gaben sie als relevanteste Lernsituationen „etwas lesen“ (17,5%) und „mit anderen diskutieren“ (17,1%) an. (Jadin/Richter/Zöserl 2008, 74) Interessanterweise wurden universitäre Lernsituationen wie Projektarbeit, Lesen und Diskutieren als relativ irrelevant eingestuft. Es muss betont werden, dass sich hier nicht Präferenzen widerspiegeln, da nicht nach Spaß oder persönlicher Bereicherung gefragt wurde. Was sich hier zeigt, ist die sehr akkurate Beobachtung von Studenten, dass gemeinsames Entdecken, Diskutieren und Projektarbeit nicht belohnt werden. Die notenrelevanten Prüfungen sind zunehmend Multiple Choice Prüfungen, die nur Tatsachenwissen, nicht aber Interpretationswissen abfragen können.

Diese Problematik wird durch eine Studie bestätigt, die drei Herangehensweisen an die Lehre untersuchte: oberflächlich (surface), tief (deep) und strategisch (strategic). Die meisten traditionell gelehrten Veranstaltungen bedienen sich dem *Surface Approach*, der zwar mit schlechteren Lernergebnissen korreliert, aber – und dies ist das Beunruhigende – nicht mit schlechteren Noten (vgl. Mac Labhainn 2009, 46). Dies bedeutet nicht nur, dass eventuell ein Großteil unserer Lehre langfristig ineffektiv ist, sondern auch, dass eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Lernstoff nicht belohnt wird.

Andere Studien zeigen, dass sich Studenten in zwei Gruppen aufteilen lassen: die mit der Intention, Wissen zu reproduzieren und die mit der Intention, zu verstehen (vgl. Mac Labhainn 2009, 45). Letztere verfügen über die forschende Haltung, die wir in der Wissenschaft brauchen, die jedoch einen besonderen Lernraum benötigt, um sich zu zeigen: „Wissenschaft ist immer nur darin

aktuell, was Hans-Georg Gadamer fast übermenschlich anspruchsvoll als ‚Gespräch‘ im umfassenden Sinne gekennzeichnet hat, im angestregten, um Wahrheit, Toleranz und Verstehen bemühten Dialog der verschiedenen Partner über eine gemeinsame Sache.“ (Welbers 2009, 38) Aufgrund struktureller Zwänge muss dieses Gespräch zunehmend zugunsten oberflächlicher Wissensanhäufung für Prüfungstermine geopfert werden,⁴⁷ wodurch potentiell ein „defensiver Lerntyp“ (Stahr 2009, 74) gefördert wird.

Für einen Studiengang, der in therapeutischer oder sozialer Arbeit mündet, sind Methoden vonnöten, die einen offensiven, persönlich engagierten Studierendentyp fördern. Am Beispiel des Psychologiestudiums kann man sehen, dass dies derzeit nicht geleistet wird. In einer Veröffentlichung der Bundesassistentenkonferenz zum „Forschenden Lernen“ wurden Aufbau und Inhalt des Psychologiestudiums untersucht. Ihre Kritik listet den „unzureichenden Realitätsbezug“ der Lehre (Weber/Skowronek 2009, 47), den festen Stoff-Kanon, der oft als „eklektisch, zusammenhanglos und lebensfern“ erlebt wird und die fehlende Selbstreflexion über das eigene „Gewordensein“ (ebd. 48) im weitesten Sinne auf, um einige zentrale Punkte zu nennen. Fazit ihrer Untersuchung: „Das Studium bleibt abstrakt, lebensfern, ineffektiv.“ (ebd. 47)

Dieses Ergebnis unterstützt die in vielen Fachbereichen geäußerte Forderung nach „praxisnähere[r] Universitätsausbildung“ (Laske/Welte 1993, 7), die im Folgenden diskutiert werden soll.

47 Was durch den Fokus auf prüfungsrelevantes Wissen auch zu wenig berücksichtigt wird, ist, dass wissenschaftliche Theorien einem enormen Wandel unterliegen und dass Lernen zu Lernen und zu Denken wichtige Kompetenzen sind, denn „das Neueste besiegt das Neue, bevor das Alte schon verstanden war“ (Welbers 2009a, 234). Manfred Spitzer verdeutlicht dies am Medizinstudium: „Medizinisches Wissen hat eine Halbwertszeit von ca. sechs Jahren [...], daraus folgt unmittelbar, daß die Hälfte dessen, was ein Studienanfänger lernt, am Ende seines Studiums schon nicht mehr gilt. Ein Viertel davon ist noch gültig, wenn der Facharzt abgeschlossen ist, und nach einer Dekade Berufserfahrung sind nicht einmal 10 % übriggeblieben.“ (Spitzer 1999, 39)

2.1.3.2 Praxisbezug

Praxisnähe bedeutet zum einen, dass Studenten den Theorieraum verlassen und in die Praxis gehen, in Form von Hospitationen und Praktika. Diese frühzeitige Berufsorientierung soll einen „Praxisschock“ (Laske/Welte 1993, 11) verhindern: „Studierende sollen und müssen Berufspraxis schon während des Studiums konkret kennen lernen, [...] schließlich Berufsfähigkeit trainieren und reflektieren.“ (Welbers 2009, 36). Zum anderen soll die Praxis in die Universitäten gebracht werden, indem theoretisches Wissen mit seiner zukünftigen Praxisanwendung verknüpft wird. Es wird gefordert, die klassische Herangehensweise zu verlassen: „erst einmal nur theoretisches Wissen um des Wissens willen lernen, später anwenden üben und noch viel später darf gehandelt werden.“ (Reis 2009, 108) Vielmehr soll der konkrete Problemlösungszusammenhang dem ganzen Prozess vorangesetzt werden. Spitzer schlägt in diesem Sinne für das Medizinstudium vor, die Trennung zwischen Vorklinik und Klinik aufzuheben, indem beispielsweise der Anatomielehrstoff mit der Vorstellung eines Orthopädie-Patienten mit Knie Schaden verknüpft wird (Spitzer 1999, 40). Auf ein psychotherapeutisches Studium übertragen würde das bedeuten, theoretische Grundlagen von Anfang an mit therapeutischen Situationen zur Selbsterfahrung beziehungsweise im Rollenwechsel zur Aneignung therapeutischer Handlungskompetenz zu verknüpfen.

Der verstärkte Praxisbezug des Universitätsstudiums wird von Kritikern als eine Annäherung an Fachhochschulen gesehen, die das Image anspruchsvoller Hochschulausbildung abwerten könnte. Der Hochschuldidaktiker Ulrich Welbers sieht jedoch gerade in der Praxisnähe den geforderten *shift from teaching to learning*, im Zuge dessen das Individuum Chancen bekommen soll, die eigene innere Idee zu finden und zu entwickeln. Dies sei die Humboldt'sche Universitätsidee „im Kern“ (Welbers 2009, 37).

Neben Praxiserfahrungen durch Hospitationen, Praktika oder studienbegleitenden Exkursionen, die ebenfalls einem Perspektivwechsel dienen (Biedermann/Jobst 1993, 69 f.), besteht die Möglichkeit von Auslands-

semestern. Horizontale, geographische Mobilität erweitert in der Regel auch den inneren Horizont. Die Wahrnehmung anderer Kulturen, einer anderen Art des Studierens und das Infragestellen der eigenen Sozialisation stoßen wertvolle, persönlichkeitsbildende Prozesse an, die für das psychotherapeutische Handwerk nur von Vorteil sein können. Dieses „Lernen, indem man sich neuen Situationen aussetzt“ (Gubitzer/Novy 1993, 56) birgt immer Potentiale für das „Lernen über sich“ (ebd. 58): „Neben der fachlichen Weiterentwicklung kommt es auch zu einer Fortsetzung der Persönlichkeitsentwicklung.“ (ebd. 59)

An den meisten Hochschulen ist das Hauptziel der Bolognareform – die Schaffung eines europäischen Hochschulraums mit höherer studentischer Mobilität – laut Hochschulverband gescheitert (FAZ 2008b). Das Leistungspunktesystem (ECTS) werde von Land zu Land unterschiedlich angewandt, wodurch Studienleistungen kaum noch vergleichbar seien, zudem mache die Modularisierung ein Auslandssemester extrem schwierig.

Gerade die Modularisierung, die unter anderem den Transfer von Studienleistungen erleichtern sollte, stellt sich jetzt als großes Problem dar. Zum einen garantiert die Angleichung des äußeren Formates nicht, dass der Inhalt der Module vergleichbar ist. Zum anderen ist nur selten ein gesamtes Semester in seiner Modulstruktur identisch, was die Studienzeit potentiell verlängert. Dazu kommt der pro Semester geforderte, festgelegte Arbeitsaufwand (30 ECTS), der für den Auslandsstudenten, welcher sich in einer anderen Kultur zurechtfinden muss und in der Regel auch Sprach- und Verständnisschwierigkeiten hat, kaum zu schaffen ist. Das riskanteste am Auslandssemester jedoch ist, dass die erwartungsgemäß schwächeren Studienleistungen aus dem Ausland in die deutsche Abschlussnote einfließen.

Die Forderung des Hochschulverbandes im September 2008 an den Bund, ein Programm zur Förderung studentischer Mobilität zu unterstützen, mit Hilfe dessen Studiengänge gefördert werden, die gemeinsame Curricula mit Hochschulen im In- und Ausland vereinbart haben, ist daher noch kein Garant für mehr studentische Mobilität. Der Mut der Studenten, während ihres

Studiums auch „rechts und links zu gucken“, muss auch mit den Studienstrukturen vereinbar sein.

Insgesamt finde ich die Förderung der Mobilität durch kompatible Curricula jedoch sinnvoll und werde die praktische Umsetzung für ein KPT-Studium zu einem späteren Zeitpunkt (Kap. IV, 2.3 Vernetzung mit anderen Universitäten) noch diskutieren.

2.1.3.3 Prüfungen

Die Tatsache, dass im KPT-Studium am *California Institute of Integral Studies* keine Prüfungen existieren, wirft im Hinblick auf den hier vorgestellten Studiengang die Frage nach Sinn und Unsinn von Prüfungen per se auf. Viele deutsche Hochschuldidaktiker tun sich mit dieser traditionellen Form der Leistungskontrolle schwer. Prüfungen dienen nämlich nicht nur der Lernkontrolle, sondern in Form von summativen Prüfungen auch der Linearisierung (Selektion von Studenten) sowie der Systemreproduktion (Herrschafts- und Sozialisierungsfunktion) (vgl. Reis/Ruschin 2008, 48). Die eigentlich zentrale, systemoperative Funktion von Prüfungen – als Mittel zur Rückmeldung des Lernerfolgs, als strukturierendes oder extrinsisch motivierendes Element – wird durch sogenannte formative Prüfungen gewährleistet, die Studenten als „Subjekte ihres eigenen Studienprojekts begreifen“ (ebd. 47). Letztere wurden im Prüfungssystem jedoch in die zweite Reihe gedrängt (ebd. 47).

Ein weiterer Kritikpunkt ist die exponentielle Zunahme an Prüfungen seit der durch die Bolognareform vorgeschriebenen Modularisierung: „So ist nun mit der Belegung von oft jedweder Lehrveranstaltung mit einer oder gar mehreren Prüfungsleistungen das Prüfungssystem Schauplatz einer entfesselten Hochschule.“ (Dany/Szczyrba/Wildt 2008, 5) Es wird befürchtet, dass zukünftig anstelle der ursprünglichen Idee von „Prüfungen als Beitrag zum Lernprozess“ eine Struktur tritt, die „Prüfungen als Beitrag zur Bewältigung zusätzlicher Belastung im Kontext der BA- / MA-Studienreform“ (Mayrberger/Merkt 2008, 144) begreift. Hierdurch steigt die „Gefahr, dass Prüfungen von den Lehr- und

Lernprozessen abgekoppelt und primär unter administrativen und rechtlichen Gesichtspunkten betrachtet werden.“ (ebd. 145)

Der „Mangel an hochschuldidaktischer Reflexion und Gestaltung“ (Dany/Szczyrba/Wildt 2008, 5) von Prüfungen zeigt sich auch im durch die Modularisierung vorherrschenden sukzessiven Prüfungssystem, bei der ständig kleine Wissensbausteine abgeprüft und vergessen werden. Stattdessen sollten in Anlehnung an alte Prüfungsordnungen studienbegleitende Prüfungen von einzelnen Lehrveranstaltungen abgekoppelt und zu Stationen ausgebaut werden, „die jeder anlaufen kann, der sich auf welchem Wege auch immer, mit oder ohne Lehrveranstaltungen, [...] für die Prüfung gerüstet glaubt.“ (Huber 2008, 13 f.) Hier zeigt sich der Wunsch nach einer Rückkehr zum selbstbestimmten Lernen, wie es Jaspers forderte:

„Der Gang durch eine lange Reihe von Examinas, in der Schritt für Schritt das Ziel erreicht wird, hilft dem Durchschnitt der Unselbständigen. Examina als Abschluß eines langen freien Studiums sind Sache der geistig Ursprünglichen. Die Universität fördert diese, indem sie den Anspruch an ihre Studenten erhebt: sie sollen selbstständige Menschen sein, sich selber führen können.“ (1961, 140)

Idealerweise sind Prüfungen *Rites of Passage*, Initiationsrituale mit denen Studenten in eine neue Entwicklungsphase bzw. einen neuen Lernabschnitt initiiert werden. Das gelernte Wissen bietet in diesem Fall den Nährstoff für ein Gespräch, in dem der Student sich seine Eintrittskarte in die nächste Stufe der Wissenschaft erstreitet. Erstreitet im wahrsten Sinne des Wortes. Denn das, was erst auf der letzten Leitersprosse in der Disputation gefordert ist – die Verteidigung eigener Ideen – kann gar nicht früh genug beginnen, wenn Selbstverantwortung, wissenschaftliche Kreativität und eine Haltung gebildet werden sollen.

2.1.3.4 eLearning und Medieneinsatz

Nach „anfänglicher technikzentrierter Euphorie“ (Bremer 2005, 50 f.) über das **eLearning** machte eine Ernüchterung der Erkenntnis Platz, dass technische Finessen alleine nicht genügen. Laut Bremer zeigen Abbruchquoten, die in

dieser Höhe nur aus Fernstudiengängen bekannt sind (ebd. 51), dass rein netzbasierte Veranstaltungen nicht zukunftssträftig sind: „Was durch den vernetzten Computer jedoch nicht zu ersetzen ist, ist der persönliche Kontakt [...]. *Es ist die persönliche Gemeinschaft von Lehrenden und Lernenden, die durch keine technische Neuerung zu ersetzen ist.*“ (Spitzer 1999, 50)

Im Versuch, den Faktor ‚Mensch‘ in die soziale Einsamkeit des online Lernenden zu bringen, wurden virtuelle Gruppenprozesse eingeführt. Das, was sich im hochschuldidaktischen Jargon so gut anhört – die Teilnehmenden zu „netzbasierter Kooperation und Kommunikation“ motivieren (Bremer 2005, 51) – beschreibt dasselbe Phänomen, das uns bei unseren Kindern so beunruhigt: Ein Leben im Cyberspace, in anonymen Chatrooms, in denen der Jugendliche gemeinsam mit seinen Cyberfreunden vor dem Computer vereinsamt. Beim Gruppen-eLearning fragt man sich zudem, worin der Unterschied zu einem Seminar ohne Leiter besteht, außer dass die Raumfrage nicht geklärt werden muss? Wo bleibt das von Gadamer geforderte gemeinsame Gespräch? Die Begegnung in einem Raum, abseits von Alltag und WG-Zimmer, gemeinsam mit einem leibhaftigen Dozenten, der in der Suche nach Wahrheit idealerweise ein Stückchen voraus ist?

Wie alle neuen Technologien ist auch eLearning „Chance und Herausforderung“ (Mayrberger/Merkt 2008, 148) zugleich. Wird es in der „Hoffnung auf Personalentlastung“ (ebd. 148) flächendeckend eingesetzt, so ist es ein von den Verwaltungen verordneter Schaden für die Lehre. Wird es zur Unterstützung von Lernprozessen gezielt und begrenzt eingesetzt, dann kann es – wie jeder Wohnzimmerfernseher und jeder Computer im Kinderzimmer – bereichern.

Wie aber ist das eLearning im Kontext der Psychotherapie zu sehen? Es stellt sich natürlich sofort die Frage, ob sich für das Erlernen einer Kunst, deren wichtigster Wirkfaktor die „face-to-face“-Beziehung (Sude/Richter 2007, 339) ist,

virtuelle Lernmedien überhaupt sinnvoll einsetzen lassen.⁴⁸ Am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wurde in einem eLearning-Pilotprojekt der Einsatz von Lernplattformen und Medien im klinischen Pflichtfach Psychosomatik und Psychotherapie erprobt. Ein Impuls für die Studie war die Erkenntnis, dass Ärztinnen und Ärzte die Diagnose- und Therapietechniken nicht sicher genug beherrschen (ebd. 340 f.; Karsten/Fischer/Illert 2007, 410). Die diagnostische Kompetenz kann jedoch eigentlich nur im direkten Kontakt mit dem Patienten erlernt werden, da die Wahrnehmung und Beurteilung stark von der therapeutischen Beziehung und der Person des Therapeuten abhängt (Sude/Richter, 2007, 341). Vor diesem Hintergrund gesehen war das Fazit der Studie, dass eLearning begrenzt sinnvoll ist: Video- und Audioaufnahmen von klinischen Fällen und Erstinterviews eignen sich vor allem zur Vorbereitung auf den „Unterricht am Krankenbett“ (ebd. 341), und zwar zum diagnostischen Training als auch für psychodynamische Studien, beispielsweise zur Abwehr. Eine entsprechende Aufgabe für die Studierenden könnte lauten: „Finden Sie für den Patienten typische Sequenzen, in denen der Patient intellektualisiert, verleugnet, dissoziiert etc.“ (ebd. 346) Videosequenzen haben hierbei den Vorteil, dass Studierende die Möglichkeit haben, das Video zu jedem Zeitpunkt zu unterbrechen, um ohne Zeitdruck über die jeweilige Sequenz zu diskutieren.

Darüber hinaus lassen sich laut dieser Studie eLearning Programme gut für Prüfungsfragen-Kataloge, Literaturverzeichnisse, Manuale, Links usw. verwenden (ebd. 346).

Beim **Medieneinsatz** innerhalb des Unterrichts sind im psychotherapeutischen Kontext Patientenfilme wichtige Lernmedien, ebenso wie die Videoanalyse eigener Therapiesitzungen. Auch in einer Studie der Charité wurden auf Anregung der Studierenden per Video charakteristische Eingangssequenzen von Patienteninterviews in den Unterricht einbezogen, was von 94% der Studierenden als sinnvolle Ergänzung erachtet wurde (Keßler et al. 2007, 411).

48 Laut Sude und Richter (2007, 342) existieren derzeit lediglich zwei virtuelle Psychotherapie-Lehrveranstaltungen: „Einführung in die personenzentrierte Psychotherapie“ (Universität Wien) und die Lehrinheit „Psychosomatik“ (Universität Gießen), in der Erläuterungen zu einigen psychosomatischen Erkrankungen (Videoausschnitte von Patienten) und MC-Fragen mit Auswertung kombiniert werden.

Hier gilt meines Erachtens, was auch für das eLearning zutrifft: Medien dürfen keinesfalls eingesetzt werden, um die Praxis zu ersetzen, sondern nur um sie zu ergänzen, wie durch besondere Fallbeispiele („Bilderbuch“-Interviews, Therapiefehler, seltene Krankheitsbilder etc.), die sich in der Praxis nicht leicht finden lassen.

Möglichst vielen realen Patienten-Therapeuten-Sitzungen beizuwohnen ist jedoch unersetzlich, nicht nur weil unvorhergesehene Prozesse Spontaneität und Kreativität vom Lehrtherapeuten erfordern, sondern auch weil Situationen mit allen Sinnen erlebt werden und leiblich in uns resonieren. Dazu ein Beispiel:

Ich erinnere mich bis heute eindrucklich an eine Psychiatricvorlesung mit Patientenvorstellung, zu der ein Patient kam, der sich in einer akuten, manischen Episode befand. Obwohl ich das Störungsbild der Manie in Lehrvideos gesehen hatte, stand der Film in keinem Vergleich zum leibhaftigen Patienten und vor allem der Interaktion, die sich mit Professor Krieg, dem Leiter der Erwachsenenpsychiatrie der Universitätsklinik Marburg, ergab.

Der Patient setzte sich zunächst unten auf der Hörsaalbühne neben Professor Krieg, ging jedoch überhaupt nicht auf dessen Fragen ein. Stattdessen erzählte er stark agitiert von Verschwörungstheorien, sprang dann auf und rannte gestikulierend die Hörsaaltreppe auf und ab. Ich spüre bis heute meine Erstarrung angesichts dieser unkontrollierbaren Energie und ich sehe bis heute den Professor vor mir, der ganz ruhig auf seinem Stuhl sitzenblieb, während der Patient uns Visitenkarten austeilte und uns dringlich nahelegte, ihn anzurufen, sobald wir unseren IHK-Abschluss haben. Bei jedem Versuch Professor Kriegs, mit dem Patienten über seine Symptome und sein Erleben ins Gespräch zu kommen, attackierte ihn dieser gereizt, dass er ja mit „denen“ unter einer Decke stecke.

Es ist mir bis heute ein Rätsel, wie der Psychiater es schaffte, den Patienten nach Ablauf der veranschlagten Zeit wieder auf Station bringen zu lassen, ohne bestimmend zu werden oder ihn einzuschränken. Seine Intervention bestand lediglich in dem ruhig vorgetragenen Kommentar, dass für das Herumreichen der mitgebrachten Beweisepapiere für die Verschwörung heute die Zeit nicht mehr ganz reiche. Dabei legte er dem Patienten die Hand auf die Schulter. Als der Patient den Hörsaal verlassen hatte kamen erstmals wieder Bewegung und ein paar tiefe Atemzüge in das Auditorium. Erst da spürte ich, dass ich eiskalte Hände hatte. Der Professor hingegen wandte sich uns in vollkommen gelassener Manier zu und fragte, ob jemand Fragen hätte.

Diese absolute Ruhe kann man nicht unter *therapeutische Technik* fassen. Wir waren Zuschauer einer Kunst gewesen, einer Haltung, die man ebenso spüren muss wie die leibliche Verfassung von Klienten. Dies sind meines Erachtens wichtige Voraussetzungen, um später leiblich und mit allen Sinnen handlungsfähig zu sein, was besonders in der KPT eine zentrale Rolle spielt. Lehrendes Vorbild in diesem Sinne zu sein, erfordert eine besondere Ausbildung der Dozenten, welche sich auch in der immer wiederkehrenden Forderung nach besseren hochschuldidaktischen Kompetenzen wiederfindet.

2.1.3.5 Verbesserung der hochschuldidaktischen Kompetenzen

Im Zuge der Diskussion um die Verbesserung der Hochschullehre geraten derzeit auch die didaktischen Fähigkeiten der Lehrenden in den Fokus. Da dem Ruf in die universitäre Lehre traditioneller Weise keine didaktische Ausbildung vorangeht, ist der viel karikierte „weltfremde Professor“ keine Seltenheit an den Universitäten.

„Die Entwicklung von Lehrkompetenz ist bei Hochschullehrenden keine Selbstverständlichkeit, denn ihr Selbstverständnis ist in erster Linie an Wissenschaft und Forschung und nicht an Lehre orientiert. [...] Für die Entwicklung von Lehrkompetenz bedeutet dies zunächst, dass sie ihre Lehre nicht mehr primär an der Fachlogik ihrer Wissenschaftsdisziplin ausrichten, sondern einen Bezug zur gesellschaftlichen und beruflichen Praxis herstellen.“ (Stahr 2009, 77)

Für diese Perspektivenerweiterung forderte der Wissenschaftsrat 2008 die Einrichtung von „Fachzentren für Hochschullehre“ (Stahr 2009, 74).

Einigen Hochschuldidaktikern geht es jedoch um mehr als um didaktische Kompetenzen, Praxisbezüge und verbesserten Umgang mit den neuen Medien. Wenn sie von „Lehren als einer Kunst“ (Wörner 2008, 114) sprechen, thematisieren sie einen persönlichen Entwicklungsprozess des Wissenschaftlers, sowohl in der Lehre als auch in der Forschung. Mac Labhainn fragt, wie diese *Kunst des Lehrens und Forschens* kultiviert werden kann: „Is there a clear point at which we move from being a holder of technical knowledge about a particular domain (and pedagogy) to demonstrating ‘artistry’ in our practice as either researchers or teachers?“ (2009, 43)

Hinter dieser Frage steht die Erkenntnis, dass das wichtigste Medium der Lehre die Lehrperson selbst ist (Wörner 2008, 115). Besonders im psychotherapeutischen Kontext muss neben didaktischen Kompetenzen und psychotherapeutischen Fertigkeiten, die in die Lehre einfließen, eine spürbare Haltung vorhanden sein, denn der Vorbildcharakter des Lehrenden ist eine zentrale Lehrmethode, wenn Menschbildung auf dem Lehrplan steht.

2.1.3.6 Selbsterfahrung

Studiengänge, die in helfende Berufe münden, sind auf selbsterfahrendes Lernen angewiesen, was erneut von jüngsten Forschungsergebnissen unterstützt wird: Die Spiegelneuronenforschung belegt, „dass man vieles nur erkennt, wenn in uns etwas bewegt wird. Das ist immer ein intersubjektiver Prozess. Wenn bei uns nichts bewegt wird, bewegt sich auch im Patienten nichts.“ (Milch 2009) In körperorientierten Studiengängen ist dies fast zwangsläufig: „Ich kann nur das nachvollziehen, was ich erlebt habe. Und wenn ich nicht weiß, was der Körper für Geheimnisse birgt, und diese Geheimnisse innerhalb der körper-energetischen Prozesse nicht kenne, kann ich es nicht nachempfinden und ich kann es auch bei anderen nicht halten und bei anderen nicht erkennen und begleiten.“ (Eckert 2009a) Aber auch in der Pädagogik kann ohne umfassende Eigenerfahrung die hohe Kunst der Empathie jenseits von Verschmelzung oder Abwehr nicht praktiziert werden: „Man muss in die Haut des Kindes schlüpfen können, und doch in der eigenen bleiben.“ (Aucouturier 2006, 213)

Dass die persönliche Ebene aus dem Studium ausgeklammert wird, sehe ich an einigen Studenten im Studiengang Motologie, die es aus ihrem Erststudium nicht gewöhnt sind, Wissenschaft und Selbsterfahrung zu vereinbaren. Sie erwarten Wissensaneignung ohne sich selber öffnen zu müssen, um dann später in der Helferrolle andere Leute für deren innere Prozesse zu öffnen. Selbsterfahrung ist jedoch für das Erlernen einer psychotherapeutischen Haltung essentiell, zu Beginn einer Ausbildung sogar wichtiger als die Theorien, findet Totton:

„Es sind nicht so sehr unsere Köpfe, die Körperpsychotherapie erlernen müssen, sondern unsere Herzen, unser Bauchgefühl und unsere Hände. In vieler Hinsicht müssen unsere Köpfe lernen, sich herauszuhalten, zumindest in den ersten paar Trainingsjahren: danach sind sie essentiell wichtig, um uns zu helfen, die vielen neuen Erfahrungen, die wir gemacht haben, einzuordnen.“ (Totton 2002, 215, Übersetzg.)

Mit der Verankerung von Selbsterfahrung im Masterstudium KPT wird die gravierendste Veränderung unserer Studienstruktur passieren, denn Selbsterfahrung ist derzeit kein fester Bestandteil in deutschen Universitätscurricula. Der Grund dafür ist, dass die primäre Aufgabe von Universitäten in der „Wissenschaftsproduktion und Wissenschaftserhaltung“ (Brake 2002, 27) liegt, im Gegensatz zu Fachhochschulen, bei denen die Ausbildungsfunktion im Vordergrund steht. An Universitäten darf „die Einheit von Forschung und Lehre nicht darüber hinwegtäuschen [...], dass es sich um getrennte Aufgabenbereiche handelt.“ (ebd. 2002, 27) Der ursprüngliche Auftrag der Universität wurde von Rossmann entsprechend formuliert: „Nicht für eine perfekte Berufsausbildung, sondern für wissenschaftliche Berufsvorbildung hat die Universität zu sorgen.“ (1961, 193) Damit gerät die Universität jedoch in eine „gesellschaftlich widersprüchliche Auftragssituation“ (Brake 2002, 27), denn sie soll im Elfenbeinturm schließlich auch arbeitsmarktfähig machen.

Da eine psychotherapeutische Ausbildung ohne Selbsterfahrung nicht möglich ist, wurde bisher die psychotherapeutische Zusatzausbildung aus der Universität in Fortbildungsinstitute ausgelagert. Ihre auf den ersten Blick naheliegende Verortung in Fachhochschulen hat sich vermutlich bisher aufgrund des hohen wissenschaftlichen Bildungsanspruches an Psychotherapeuten verboten. Selbsterfahrung hat jedoch mehr Funktionen als nur die Vorbereitung auf die Berufspraxis durch den Erwerb sozialer, emotionaler und selbstreflexiver Kompetenzen sowie Beziehungskompetenzen (vgl. ebd. 2002, 91 f.). Sie kann auch einen wertvollen Beitrag zur Forschung leisten, indem sie die bereits diskutierte Abspaltung des Individuums vom Wissenschaftsgegenstand (vgl. Kap. IV, 2.1.2) verhindert. Damit stellt sie jedoch gleichzeitig eine Grundregel des Forschungsprimates in Frage. Selbsterfahrung ist außerdem eine sehr effektive Lernmethode, bei der sich abstraktes Wissen einleibt, indem es mit der eigenen Biographie verknüpft wird.

Gubitzer und Novy sprechen diesbezüglich vom Verknüpfen dreier Ebenen: Erlebtes, Alltagstheorie und akademische Theorie (Gubitzer/Novy 1993, 68 f.).

Selbsterfahrung ist meines Erachtens nicht „zu praktisch“ für die Universität – und damit unter ihrer akademischen Würde –, vielmehr wird ihr Potential für eine belebte Wissenschaft bisher zu wenig erkannt. In den USA ist die Verknüpfung des theoretischen Wissens mit der eigenen Erfahrung und Biographie als Grundlage für die Bildung einer reflektierten Haltung fest verankert und als Konzept des „reflective practitioners“ und der „theories in action“ (Mac Labhainn 2009, 43) bekannt.

Für deutsche Studiengänge, die diese Verknüpfung leisten müssen, weil der Absolvent sich auf hohem wissenschaftlichen Niveau als Werkzeug für seinen Beruf bilden soll, ist also eine neue Lern- und Lehrkultur gefragt, die erst entwickelt werden muss. Die Methodenwahl muss Theorie als auch Praxis und Selbsterfahrung garantieren. In hochschuldidaktischen Diskussionen wird häufig das „personal enlightenment“, dem „vocational training“ entgegengesetzt (Mac Labhainn 2009, 42), als Pole von „Wissenschaft um der Erkenntnis und Menschbildung willen“ versus „Wissenschaftliche Lehre, die sich an der Berufspraxis orientiert“. Bei der Ausbildung von Körperpsychotherapeuten sind jedoch beide Aspekte gefragt, in der Weise, dass das Selbstzweck-Studium Humboldts als wichtigste Eintrittskarte für das Berufsleben gesehen werden kann.

Aus pädagogischen und sozialen Studiengängen wird zum Teil das Psychodrama oder Jeux Dramatiques eingesetzt. Obwohl die Theaterarbeit zentral zur „Konzeptualisierung der Lehre als eine ‚didaktische Inszenierung‘“ (Wildt/Wildt 2008, 201) eingesetzt werden soll, liegt meines Erachtens ihr größtes Potential im „Prozess des Sich-Erlebens“ (Ruther 2008, 155), der potentiell eine biographische Reflexion anstößt und über persönliche Transformation zur „Entwicklung neuer und angemessener Handlungsmuster zur Bewältigung beruflicher Alltagsanforderungen“ (ebd. 155) führen kann. Methoden wie Prozessreflektionen, Tagebücher nach der *Intensive Journal*

Method von Ira Progoff (1975) und künstlerische Abschlussprojekte wie das *Panorama* von Hilarion Petzold (1975), die in amerikanischen Universitäten bereits erfolgreich praktiziert werden, sollten auch in unsere Universitäten als Lernmethoden integriert werden, die je nach Zielsetzung dem derzeitigen Auswendiglernen von abstraktem Wissen überlegen sind. Anstatt jede Art von Praxis in Fachhochschulen auszugliedern, sollte in den Universitäten eine Differenzierung der Lehr- und Lernmethoden je nach Wissensgegenstand erfolgen: „educational developers need to be prepared to move from generic solutions to those that best match the *specific* culture and context of particular discipline areas.“ (Mac Labhainn 2009, 49)

Lehr- und Lernmethoden sollten also so eingesetzt werden, dass der Studierende eines bestimmten Faches in seinem Lernprozess maximal von ihrem Einsatz profitiert. Die traditionell überlieferte Geringschätzung von Methoden, die den rein kognitiven Rahmen verlassen, scheint mir dabei reflektionswürdig. Die universitäre Wissenschaft kann meines Erachtens durch innovative Methoden nicht entwertet, sondern letztendlich nur bereichert werden:

„Es wäre eine Abkehr vom Leistungs- zum Kreativitätsprinzip anzustreben. Nur dadurch würde sich eine künftige Gesellschaft auf die immer rascheren Veränderungen einstellen können und sich nicht nach starren Mustern in immer höheren Leistungen selbst reproduzieren.“
(Schütz/Skowronek/Thieme, zitiert aus: Welbers 2009a, 237).

2.2 Das Curriculum

Das hier vorgestellte Ausbildungsformat für Psychotherapeuten – ein zweijähriges Masterstudium – wird bereits für den deutschen Markt diskutiert, stößt aber derzeit noch auf Widerstände. Obwohl in den USA dieses Modell bereits vorgelebt wird, bedarf es in Europa sicherlich noch weiterer Diskussionen.

Zentraler Kritikpunkt wird die Frage sein, ob man nach zwei Jahren bereits verantwortlich therapieren kann. Dem Anspruch, mit dem Abschluss des

Studiums ausgelernt zu haben, kann kein Studiengang gerecht werden. Gerade der Psychotherapeut lernt lebenslang dazu und hat einen der wenigen Berufe, in dem man mit zunehmendem Alter immer kompetenter wird, in der Regel auch jenseits der Rentengrenze. Auch das vorliegende Curriculum hat nicht den Anspruch, den fehlerfreien Körperpsychotherapeuten zu produzieren. Der Absolvent wird nur mit dem wichtigsten Rüstzeug in die Praxis geschickt. Jahre voller Berufserfahrung, Supervision, Eigentherapie, Weiterbildung und schmerzhafter Fehler werden sich anschließen. Wie schon die ersten Psychoanalytiker erkannten: Jede neue Erfahrung kostet uns einen Fall.

Als Richtschnur für den Entwurf des Curriculums gelten die bisher gemachten Diskussionen der US Curricula und die Erfahrungen namhafter Psychotherapeuten und Ausbilder. Es ist jedoch unbestritten, dass wir bei der Umsetzung dessen, was in Teilen woanders bereits funktioniert nicht dieselben Resultate erwarten können. Mit dem vorliegenden Entwurf wurde ein kreatives, möglichst ganzheitliches Curriculum entwickelt, das als Startpunkt dienen kann. Letztendlich würde man aber erst bei der Umsetzung – im Studium selbst – gemeinsam mit den Studenten die richtige Form finden.

Es folgt an dieser Stelle zunächst eine Diskussion um Zulassung und Voraussetzung zum Studiengang, gefolgt von einem detaillierten Curriculumsentwurf mit Studienplan, einschließlich seiner Rahmenbedingungen.

2.2.1 Zulassung und Voraussetzungen

Im Rahmen dieses für Deutschland neuen Curriculums müsste spätestens beim Antrag zur Akkreditierung festgelegt werden, wer Zugang zu diesem Masterstudiengang erhalten soll. Traditionell ist die Ausbildungszulassung zum Psychotherapeuten für Erwachsene auf Diplompsychologen und Mediziner beschränkt. Die Körperpsychotherapie führt derzeit nicht zur Approbation und stellt daher keine ernstzunehmende Konkurrenz für die Verfahren mit Kassenzulassung dar. Dies könnte sich jedoch im Rahmen der Europäisierung schnell ändern. Wenn die Körperpsychotherapie dann gleichwertig neben

anderen Psychotherapiemastern an den Universitäten vertreten wäre, könnte das geforderte Grundlagenstudium ein umstrittener Diskussionspunkt werden. Ähnliches passierte Freud bei seinen Bemühungen, die Psychoanalyse zu etablieren und zu akademisieren. Sie war ebenfalls ein argwöhnisch beäugtes Verfahren, das zunächst abgewertet und ignoriert wurde und dann von außen strengen Zulassungsbeschränkungen unterworfen wurde, denen Freud gar nicht zustimmte. Er ärgerte sich über die Auflagen des Establishments da „sich bisher niemand darum gekümmert hat, wer die Psychoanalyse ausübt, man war sich nur einig in dem Wunsch, dass niemand sie üben sollte, mit verschiedenen Begründungen, denen die gleiche Abneigung zugrunde lag.“ (Freud 1999, Band XIV, 209)

Im Rahmen der Neuregelung der Psychotherapieausbildung (PP und KJP) wird in Deutschland zwar diskutiert, mehr Grundlagenstudiengänge als bisher für die Ausbildung zum Erwachsenen-Psychotherapeuten zuzulassen (Strauß 2009), das Ergebnis der Diskussionen ist jedoch offen, denn die Ablehnung anderer Zugangsfächer hat wie bereits ausführlich beschrieben politische und nicht inhaltliche Gründe. Es ist jedoch durchaus möglich, dass irgendwann ein einheitlicher europäischer Maßstab angelegt wird, gemäß den Empfehlung der EAP, die in der Strasbourg Declaration of Psychotherapy von 1990 eine großzügige und individuell abzuwägende Zulassung festlegt: „Access to training is through various preliminary qualifications, in particular human and social sciences.“ (EABP 2009 a)

Einige Vertreter der EABP halten ein akademisches Grundlagentraining als Zugangskriterium generell für ungeeignet: „The requirements of psychotherapists that they first learn relatively irrelevant knowledge in an academic faculty is [...] a waste of time and energy.“ (Heller 1997) Im Forschungsgutachten des Bundesgesundheitsministeriums wird am Rande dieselbe Frage gestellt: „Ist es für die Psychotherapie-Qualifikation sinnvoll, ein grundständiges Studium (der Psychologie, Pädagogik etc.) zu verlangen, obwohl sich in der Ausbildung dann Redundanzen mit dem Studium ergeben könnten? Ist ein grundständiges Studium vor der Psychotherapieausbildung

überhaupt z. B. zur Vermittlung vom wissenschaftlichen Denken nötig, oder kann dieses Ausbildungsziel auch innerhalb einer Direktausbildung erreicht werden?“ (Strauß 2009, 363)

Soll die Psychotherapieausbildung an die Universitäten verlegt werden, so wird ein Grundlagenstudium unabdingbar sein. Ich würde dieses jedoch auch inhaltlich befürworten. Gerade am Beispiel der Körperpsychotherapie sind die Nachteile einer nicht-akademischen Ausbildung sichtbar, wie ja auch von den Chefärzten der psychosomatischen Kliniken (vgl. Kap. III) betont wird. Deshalb halte ich die zuvor erwähnte Regelung der EAP für sinnvoll: Human-, Sozial- und natürlich auch Erziehungswissenschaftler bringen oft bereits einiges an Grundwissen und besonders eine Haltung mit, die der Körperpsychotherapie dienlich ist. Diese Haltung kann aber auch bei Studenten anderer Fachrichtungen vorhanden sein. Hier müsste eine Prüfung der bisherigen Leistungsnachweise und möglicher Äquivalenzen aus anderen Ausbildungen erfolgen, um eine vorangegangene Auseinandersetzung mit Fragen der menschlichen Psyche und Körperlichkeit sicherzustellen. Ein ganz wichtiges Kriterium scheint mir das mitgebrachte persönliche Potential, und in diesem Sinne wählen ja auch die amerikanischen Programme ihre Studenten gemäß individueller Eignung aus.⁴⁹

2.2.2 Rahmenbedingungen

Gemäß den Vorgaben für die Akkreditierung von Masterstudiengängen (Kultusministerium 2005) ist dieser Master of Arts (M. A.) als nicht-konsekutiver Studiengang (d. h. nicht aufbauend auf einem spezifischen Bachelorstudium) mit stärker anwendungsorientiertem Profil geplant. Vorgesehen sind entweder 15 oder 30 Studienplätze. Im letzteren Fall würden außer bei reinen Theorieveranstaltungen jeweils zwei Seminare parallel angeboten, um Selbsterfahrung in einer Kleingruppe zu ermöglichen. Nach dem vorliegenden Curriculum kann jeweils im Wintersemester eine Aufnahme neuer Studenten erfolgen.

⁴⁹ Vgl. Kap. IV, 1.3.1.5.

Was bewusst nicht integriert wurde ist ein Nebenfach, das normalerweise in Ein-Fach-Mastern zum Curriculum gehört. In Anbetracht der Tatsache, dass die Orientierungszeit an der Universität im Bachelorstudium stattfinden sollte, und unter Berücksichtigung der Intensität des KPT Studiums halte ich es für sinnvoller, die kurze Zeit des Masterstudiums gezielt auf die Spezialisierung und Vertiefung in nur einem Fachgebiet zu verwenden, und eher das Wahlfachstudium zum Beispiel in anderen Bewegungsmastern zu fördern.

Das vorliegende Curriculum orientiert sich lediglich an allgemeingültigen Regeln eines deutschen Masterstudiums, wie das Zusammenfassen von Veranstaltungen in Modulen und die Vergabe von Punkten des European Credit Transfer System (ECTS). Der Entwurf darf nicht als einziger, „richtiger“ Plan, KPT zu studieren, missverstanden werden. Er soll lediglich mögliche Kernfächer eines Körperpsychotherapiestudiums vorstellen und eine Studierlogik aufzeigen.

Im Versuch, die zuvor diskutierte Freiheit und Persönlichkeitsbildung im Studium mit den vorgeschriebenen Rahmenbedingungen zu vereinbaren, wurden folgende Gestaltungsfreiheiten ausgenutzt: eine maximal mögliche Vergabe an ECTS Punkten für Veranstaltungen, um das bisher nicht angemessen berücksichtigte Selbststudium (vgl. Stahr 2009, 71; Bülow-Schramm 2008, 33 f.) stärker anzurechnen und mehr Zeit für das Studentenleben bereitzustellen. Ferner die Vergabe von ECTS Punkten für Selbstreflexion, Eigentherapie und die Verarbeitung von Prozessen, die durch das Studium ausgelöst werden, sowie die Rückkehr zur Vergabe von unbenoteten Scheinen, mit gar keiner oder nur einer benoteten Prüfung pro Modul – entsprechend den alten Vordiplomsprüfungen. Das Wahlpflichtangebot von derzeit zwei Modulen könnte in der praktischen Umsetzung noch umfangreicher gestaltet werden (je nach kooperierenden Fachbereichen). Ferner empfiehlt sich eine großzügige Anerkennung von Äquivalenzen aus anderen Fachbereichen und Erststudiengängen, um das derzeit sture Abarbeiten von Modulen zu verhindern und Freiräume für das interessen geleitete Lernen von Neuem zu schaffen.

Eine praktische Umsetzung des vorliegenden Entwurfs sollte in jedem Fall flexibel gestaltet werden und in Detailfragen müsste Rücksicht auf lokale Besonderheiten genommen werden, wie dem vorgeschriebenen Umfang und der Dauer von Modulen. An der Philipps-Universität Marburg gibt es beispielsweise derzeit die Vorgabe, dass Module zwischen sechs und zwölf ECTS-Punkten umfassen und möglichst nicht semesterübergreifend sein sollten, d. h. sie sollen in einem Semester abgeschlossen werden. Die zugrundeliegende Idee ist die Vereinfachung der Übertragbarkeit und damit eine Erhöhung der studentischen Mobilität. Diese Vorgaben sind jedoch von Nachteil für die Lehre, wie auch führende Hochschuldidaktiker kritisieren (Bülow-Schramm 2008, 33 ff.). Die Semestermodule folgen einer „Salamitaktik“, bei der in jedem Semester neue Scheiben abgeschnitten und abgehakt werden. Dies funktioniert zwar für die inhärente Kurzlebigkeit von abstraktem Wissen, verhindert jedoch Aufbau- und Entwicklungsprozesse in einem Themengebiet, weshalb im vorliegenden Curriculum im ersten Studienjahr semesterübergreifende Module vorherrschen. Sollte schon im ersten Jahr ein Austauschsemester geplant sein, könnten die einzelnen Veranstaltungen (z. B. KPT II) zumindest in den USA auch unabhängig vom Modul anerkannt werden. Bei der Modulgröße, die derzeit nicht einmal deutschlandweit einheitlich ist, wurde nach inhaltlichen Gesichtspunkten entschieden, mit der Tendenz zu großen Modulen, um den Prüfungsaufwand gering zu halten.

Das Curriculum berechnet 30 ECTS Punkte pro Semester. Das gesamte Studium umfasst demnach 120 ECTS Punkte. Ein ECTS Punkt entspricht dabei einer Arbeitsbelastung des Studierenden im Präsenz- und Selbststudium von 30 Zeitstunden. Seminare und Vorlesungen, die zwei SWS (Semesterwochenstunden) umfassen, werden üblicherweise mit drei bis sechs ECTS veranschlagt. Im vorliegenden Curriculum wurden Theorie- und Praxisseminare sowie Vorlesungen mit je vier ECTS angesetzt. Die sonst übliche Wenigergewichtung von Praxisveranstaltungen halte ich in einem psychotherapeutischen Kontext für nicht gerechtfertigt, da die Belastung durch

Selbsterfahrung und Reflektion ebenso hoch ist wie die durch kognitive Leistungen. Für die Veranstaltungen ergeben sich folgende ECTS Punkte:

Veranstaltung	Aufwand pro Semester	ECTS Punkte
Theorieseminare	2 SWS	4 ECTS
Praxisseminare	2 SWS	4 ECTS
Vorlesungen	2 SWS	4 ECTS
Eigentherapie	1 SWS	2 ECTS
Praktikum	6 Wochen	12 ECTS
Hospitation	4 SWS	6 ECTS
Supervision	2 SWS	4 ECTS
Exkursion	1 SWS	2 ECTS
Masterarbeit	o. A.	16 ECTS

2.2.3 Studienverlauf und -inhalt

Der Studienverlaufsplan (S.191) zeigt einen Curriculumsentwurf über vier Semester. Der Aufbau der Semester folgt in Bezug auf theoretische Lerninhalte einer in der universitären Lehre üblichen „Lerndramaturgie der Module“ (Stahr 2009, 83): von einer Einführung und Vermittlung von Grundlagenwissen über eine Erweiterung hin zur Vertiefung, Differenzierung und Spezialisierung. In Hinsicht auf die praktische Lehre wurde in Anlehnung an US Curricula auf umfangreiche Eigenerfahrung, Praxistransfer und frühzeitiges Erlernen und Anwenden therapeutischer Fertigkeiten geachtet.

1. Semester

Ziel des ersten Semesters ist eine Einführung des Studenten in das Fachgebiet. Im Mittelpunkt des Lernprozesses steht ausgiebige Selbsterfahrung (Körperpsychotherapie I / Praxis und Eigentherapie), ein Theorieseminar, das einen Überblick gibt (Körperpsychotherapie I / Theorie), sowie Veranstaltungen, die psychologisches Grundlagenwissen vermitteln (Entwicklungstheorien,

Statistik, Anatomie / Physiologie, Psychopathologie) und auf denen in den folgenden Semestern aufgebaut wird.

2. Semester

In diesem Semester werden die Grundlagen vertieft (KPT II / Theorie und Praxis) und erste therapeutische Fertigkeiten vermittelt. Die bisher gelernten Theorien und das am eigenen Leib Erfahrene werden so frühzeitig in einem Perspektivwechsel (vom Klienten zum Therapeuten) angewandt. Das Seminar „Diagnostik und Testverfahren“ baut auf der Statistikvorlesung des ersten Semesters auf, lehrt parallel zur therapeutischen Praxis das Diagnostizieren und Durchführen von psychologischen Tests.

Spätestens im Anschluss an dieses Semester sollten die Studenten das sechswöchige Praktikum ableisten, um einen Einblick in die Berufspraxis zu erhalten und um die Hospitation im nächsten Semester zur supervidierten therapeutischen Arbeit nutzen zu können. Mit den bis hierher erworbenen Grundlagen kann nach diesem Semester auch schon der Heilpraktikerschein für Psychotherapie erworben werden, um eine rechtliche Grundlage für die therapeutische Berufspraxis zu schaffen.

3. Semester

Im dritten Semester wird eine Klienten- und Fachgebietsspezifika hergestellt. Der Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung von Theorien und Praktiken, die das eigenständige, therapeutische Handeln in der klinischen Praxis unter Supervision (Hospitationen und Supervision) unterstützen und vertiefen. Dazu gehören Kenntnisse von Gruppen- und Sozialisationsprozessen und eine Einführung in die psychodynamische Krankheitslehre: Ausgehend vom Grundwissen über Entwicklungsverläufe und Psychopathologien (1. Semester) folgt jetzt eine Exploration der Ursachen für psychische Erkrankungen.

In diesem und dem folgenden Semester werden in einem Wahlpflichtmodul ausgewählte Verfahren oder Themen der KPT vertieft vorgestellt. Idealerweise sollte hier bereits die Möglichkeit bestehen, aus verschiedenen Verfahren nach

Neigung zu wählen, um so Methodenkompetenz zu entwickeln und eine Orientierung zur externen Weiterbildung nach dem Studium zu schaffen.

4. Semester

Im letzten Semester des Studiums findet zum einen eine theoretische Abrundung der Studieninhalte statt (Spezielle Themen), zum anderen eine Abrundung der Selbsterfahrungsprozesse, die in den letzten drei Semestern angestoßen worden sind (Integratives Seminar). Impulse für neue Selbsterfahrungsprozesse sollten in diesem Semester nur noch gesetzt werden, wenn sie vor Ende des Studiums auch sicher zu einem Abschluss gebracht werden können. Deshalb ist als Praxisseminar nur noch eine Veranstaltung aus der AVT Serie mit einem externen Dozenten geplant. Im Abschlussemester ist in Modul 9 eigenständiges wissenschaftliches Arbeiten in Form einer Masterarbeit gefordert. Außerdem soll die Brücke zur Fachwelt geschlagen werden (Exkursion), etwa mit dem Besuch eines Kongresses oder eines Ausbildungsinstitutes für ein körperpsychotherapeutisches Verfahren.

Studienverlaufsplan

4. Semester

30 ECTS
7 SWS
+ Masterarbeit

Modul 8 Integration und Ausblick

Integratives Seminar
4 ECTS
2 SWS

Spezielle Themen
4 ECTS
2 SWS

Exkursion
2 ECTS
1 SWS

Modul 9 Masterarbeit

Masterarbeit
16 ECTS

Modul 10 Wahlpflicht

Ausgewählte Verfahren und Theorien (AVT II)
4 ECTS
2 SWS

3. Semester

30 ECTS
16 SWS

Modul 6 Gruppe und Sozialisation

Gruppendynamik (Theorie)
4 ECTS
2 SWS

Gruppendynamik (Praxis)
4 ECTS
2 SWS

Sozialisation, Kultur und Gender
4 ECTS
2 SWS

Modul 7 Klinik und Hospitation

Psychodynamische Krankheitslehre
4 ECTS
2 SWS

Hospitation
6 ECTS
4 SWS

Supervision
4 ECTS
2 SWS

Ausgewählte Verfahren und Theorien (AVT I)
4 ECTS
2 SWS

2. Semester

28 ECTS
10 SWS
+ Praktikum
+ 25 Std. Therapie

Modul 1 Grundlagen der KPT

KPT I (Theorie)
4 ECTS
2 SWS

KPT II (Praxis)
4 ECTS
2 SWS

Modul 2 Diagnostik

Diagnostik u. Testverfahren
4 ECTS
2 SWS

Modul 5 Therapeutisches Arbeiten

Therapeutisches Arbeiten (Theorie)
4 ECTS
2 SWS

Therapeutisches Arbeiten (Praxis)
4 ECTS
2 SWS

Modul 4 Praxis und Eigenerfahrung

Praktikum II
6 ECTS

Eigen-therapie II
2 ECTS
25 Stunden

1. Semester

32 ECTS
12 SWS
+ Praktikum
+ 25 Std. Therapie

Modul 3 Grundlagentheorien der Psychologie

Psychopathologie VL
4 ECTS
2 SWS

Anatomie / Physiologie VL
4 ECTS
2 SWS

Entwicklungstheorien
4 ECTS
2 SWS

Praktikum I
6 ECTS

Eigen-therapie I
2 ECTS
25 Stunden

Die Module und Veranstaltungsinhalte im Überblick:

MODUL 1: GRUNDLAGEN

Körperpsychotherapie I / Theorie

Dieses Seminar ist die zentrale Grundlagenveranstaltung des Studiums und dient der Einführung ins Fach. Folgende Themen werden bearbeitet: Geschichte der KPT und körperorientierten Psychotherapie (Psychoanalyse, Lebensreformbewegung und Elsa Gindler, Humanistische Psychologie, Transpersonale Psychotherapie), Grundperspektiven der KPT (Ganzheitlichkeit, verkörperte Lebensgeschichte, Energiebegriff) und Verfahren der KPT im Überblick.

Körperpsychotherapie I / Praxis

Dieses Praxisseminar behandelt Selbsterfahrung mit den Verfahren der KPT. Es wird zusammenhängend mit dem gleichnamigen Theorieseminar angeboten, um Theorie- und Praxisanteil zeitlich flexibel gestalten zu können. In der Praxis wird eine kleine Auswahl von Hauptverfahren vorgestellt, wie Bioenergetik, Tanztherapie, Atemtherapie, Hakomi, Bewegungsmeditationen. Die Auswahl wird auch durch die Ausbildung des Dozenten bestimmt sein, sollte aber die drei großen Strömungen repräsentativ vorstellen. Die KBT sollte möglichst nicht hier, sondern in einem eigenen Seminar behandelt werden (AVT). Der Praxisteil sollte unbenotet bleiben, um das Einlassen des Studenten und seine Öffnung für den eigenen Prozess nicht durch Leistungs- und Profilierungsdruck zu gefährden.

Körperpsychotherapie II / Theorie

vertieft die Grundlagen und Theorien der KPT wie: Körperbild, Körperschema, affektmotorische Schemata, Bedeutung von Atem und Emotionen, Körper und Kultur sowie Verfahren der körperorientierten Psychotherapie im Überblick.

Körperpsychotherapie II / Praxis

Im Zentrum steht die Selbsterfahrung mit Verfahren der körperorientierten Psychotherapie: Dieses Praxisseminar wird zusammenhängend mit dem gleichnamigen Theorieseminar angeboten, um Theorie- und Praxisanteil zeitlich flexibel gestalten zu können. In der Praxis werden einige Hauptverfahren vorgestellt, wie Gestalttherapie oder Psychodrama. Die Auswahl wird sich wie auch in KPT I / Praxis unter anderem nach der Ausbildung des Dozenten richten. Der Praxisteil sollte unbenotet bleiben, um das Einlassen des Studenten und seine Öffnung für den eigenen Prozess nicht durch Leistungs- und Profilierungsdruck zu gefährden.

MODUL 2: DIAGNOSTIK

Statistik

Statistische Grundlagen sind unabdingbar für die Auswertung von Tests, die zum Berufsalltag eines Psychotherapeuten im klinischen Bereich gehören. Körperpsychotherapeuten werden nicht im selben Maße quantitative Verfahren anwenden wie ihre Kollegen, aber es ist wichtig, dass sie im Fachdiskurs neue Forschungsergebnisse diskutieren können. Statistikvorlesungen werden gerade in sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Instituten sehr benutzerfreundlich vermittelt, das heißt es wird jeweils der Bezug zur Berufspraxis hergestellt und es werden die Grenzen des empirischen Arbeitens offen gelegt.

Diagnostik und Testverfahren

führt in die diagnostischen Möglichkeiten der KPT ein. Seminarinhalte sind die Geschichte der Charakteranalyse, Körpersegmente und ihre Bedeutung, Differenzierung von Neurose und Psychose, Überblick über Testverfahren, kritische Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen des Testens und Anleitung zum diagnostischen Arbeiten.

MODUL 3: GRUNDLAGENTHEORIEN DER PSYCHOLOGIE

Psychopathologie

vermittelt Grundlagen der Psychopathologie und die Klassifikation der Störungsbilder anhand des ICD-10. Das Gebiet der Psychopathologie ist so umfangreich, dass es in zwei Semesterwochenstunden nicht gelingen wird, außer dem Grundwissen über die wichtigsten Störungsbilder eine körperpsychotherapeutische Spezifik zu vermitteln. Aus diesem Grunde könnte diese Veranstaltung durch eine Vorlesung „Erwachsenenpsychiatrie“ im psychologischen oder medizinischen Institut abgedeckt werden. In diesen Vorlesungen wird zwar in der Regel eine wenig ganzheitliche Lehre der Psychopathologie vermittelt, das so erworbene, fundierte Grundlagenwissen kann jedoch gegebenenfalls in anderen Seminaren (Diagnostik, Psychodynamik) aufgegriffen, ergänzt und relativiert werden. Ein Vorteil dieser klassischen Vorlesungen ist, dass die Absolventen in ihrer späteren Berufspraxis in vielen Kliniken mit ähnlichen Ansichten konfrontiert sein werden und dann bereits vorbereitet sind. Der Nachteil ist, dass sie eventuell einen Bruch innerhalb der Lehre darstellen.

Anatomie / Physiologie

behandelt Aufbau und Funktion des menschlichen Körpers. Dieses recht unspezifische Grundwissen könnte ebenso im Rahmen einer bereits existierenden Vorlesung bei Sportwissenschaftlern oder Medizinern erlernt werden. Auch hier stellt sich jedoch die Problematik einer Sichtweise auf den Körper als Maschine. Falls Kostengründe nur die Teilnahme an einer auswärtigen Vorlesung zulassen, müssten auch diese Vorlesungsinhalte im entsprechenden Seminar Diagnostik aufgegriffen, diskutiert und relativiert werden.

Entwicklungstheorien

In dieser Veranstaltung werden Entwicklungstheorien und Forschungsergebnisse zur menschlichen Entwicklung, von der vorgeburtlichen Zeit bis zum Tod, unter besonderer Berücksichtigung der körperlichen Biographie diskutiert.

MODUL 4: PRAXIS UND EIGENERFAHRUNG

Praktikum I und II

Die Veranstaltungen Praktikum I im ersten Semester und Praktikum II im zweiten Semester betiteln ein sechswöchiges Praktikum, das idealerweise entweder in den ersten Semesterferien oder spätestens den zweiten Semesterferien absolviert werden sollte. Das Praktikum sollte vorzugsweise in Kliniken und nicht in privaten Praxen durchgeführt werden, um ganztägige Erfahrung mit dem Berufsfeld zu garantieren. In privaten Praxen besteht zudem oft das Problem, das jeder Klient der Anwesenheit des Praktikanten zustimmen muss, wodurch eventuell für den Praktikanten viele Stunden Leerlauf entstehen. Voraussetzung für die Auswahl einer Klinik ist die Möglichkeit der Betreuung durch einen körperpsychotherapeutisch ausgebildeten Mitarbeiter. Ziel ist es, Einblick in das zukünftige Berufsfeld zu gewinnen, einem Körperpsychotherapeuten bei der Arbeit zuzusehen und verschiedene Verfahren und Therapiestile kennen zu lernen. In einem Praktikum kann dies entweder aus der Klientenperspektive oder als Assistent des Therapeuten geschehen. Die gewählte Rolle (Teilnehmer oder Assistent) sollte jedoch in den verschiedenen Settings (Gruppe, Einzelsitzung etc.) beibehalten werden. In Einzelsitzungen ist nur die Assistentenrolle möglich, in Klinikgruppen ist prinzipiell beides möglich. Manche Kliniken befürworten jedoch keinen Wechsel zwischen Teilnehmerrolle und Assistent. Außerdem gibt es in manchen Kliniken die Möglichkeit, weder Teilnehmer noch Assistent zu sein, sondern nur Beobachter und den Gruppenprozess durch eine Einwegscheibe zu verfolgen.

Eigentherapie I und II

Ein wichtiger Teil der Ausbildung ist die Eigentherapie, die 50 konsekutive Stunden (also etwa zwei Semester bzw. ein Jahr) bei einem niedergelassenen Körperpsychotherapeuten umfassen sollte. Es ist wünschenswert, dass die Eigentherapie durch das ganze Studium hindurch fortgeführt wird (vgl. Kap. IV, 1.3.1.3).

MODUL 5: THERAPEUTISCHES ARBEITEN

Therapeutisches Arbeiten / Theorie

Diese Veranstaltung legt die Grundlagen, um therapeutische Kompetenz zu entwickeln. Zu den Inhalten des Seminars gehören unter anderem: Therapeutenrolle (Aspekte der Klienten-Therapeuten-Beziehung), körperpsychotherapeutische Behandlung einzelner Störungsbilder sowie der Umgang mit Emotionen, Regression und Widerstand. Im Rahmen dieser Veranstaltung sollten auch die ethischen und gesetzlichen Grundlagen, die Frage der Berührung sowie Krisenintervention behandelt werden.

Therapeutisches Arbeiten / Praxis

Im praktischen Teil des Seminars werden zum einen durch externe Therapeuten die unterschiedlichen Arbeitsweisen, Haltungen und Regeln vorgestellt, zum anderen haben die Studenten Gelegenheit, sich in Dyaden, Triaden und Kleingruppen in der Therapeutenrolle zu üben. Die Gruppe der Kommilitonen bietet dabei einen Schonraum für die Exploration der neuen Rolle. Therapeutische Prozesse sollten zunächst im Rahmen vorgegebener Übungen geübt werden. Zunehmend sollte sich die Praxis jedoch als freier Prozess zwischen zwei Studenten (Klient, Therapeut) oder drei Studenten (Klient, Therapeut, Supervisor) gestalten, um für die bevorstehende Praxis Sicherheit im Umgang mit spontan auftretenden Therapieprozessen zu gewinnen.

MODUL 6: GRUPPE UND SOZIALISATION

Gruppendynamik / Theorie und Praxis

Theorie und Praxis werden in diesem Seminar realistischweise nicht in zwei getrennte Veranstaltungen aufteilbar sein. Es wäre vorstellbar, dass zu Beginn des Semesters der Schwerpunkt auf der Vermittlung theoretischer Grundlagen zur Gruppendynamik liegt und dass der darauffolgende Hauptteil des Semesters aus Selbsterfahrung besteht, der dann in den letzten Stunden theoretisch eingebunden wird. Im Selbsterfahrungsteil wäre es denkbar,

verschiedene Ansätze der Gruppentherapie (z. B. T-Group, Psychodrama und Open Encounter nach Rogers) vorzustellen, wie dies in CIIS gemacht wird oder aber es wird nur ein körperorientierter Gruppentherapieansatz (z. B. Psychodrama oder Encounter nach Schutz) gewählt, der dann das gesamte Semester den Gruppenprozess bestimmt. Auch in diesem Seminar sollten Studenten die Sitzungen gegen Ende des Semesters selber leiten. Zum Beispiel könnten die Praxissitzungen von drei Zeitstunden (4 SWS) jeweils 30 Minuten von einem Studenten geleitet werden, mit 15 Minuten Feedback durch die Gruppe und den Dozenten.

Sozialisation, Kultur und Gender

In diesen Bereich fällt die Entstehung des Körperbildes im kulturellen, sozialen und politischen Kontext, unter Einbeziehung der Genderspezifika. Betrachtet werden Einflussfaktoren wie Schule, Sportvereine, Medien, Religion, Wissenschaft und Medizin. Dazu gehört auch eine Thematisierung des Entfremdungsprozesses vom eigenen Körper und intuitivem Wissen und den daraus entstehenden Konsequenzen für die körperpsychotherapeutische Praxis. Des Weiteren sollte eine Diskussion der genderspezifischen Sozialisation und ihrer Manifestation in Körper und Störungsbildern stattfinden.

MODUL 7: KLINIK UND HOSPITATION

Psychodynamische Krankheitslehre

Im Rahmen dieses Seminars soll ein Verständnis für die Psychodynamik und ihre Geschichte hergestellt werden, beginnend mit Freud. Es werden die Abwehrmechanismen, Übertragung und Gegenübertragung, die Geschichte und Entwicklung der Objektbeziehungstheorien und Selbstpsychologie sowie die psychodynamische Betrachtung gängiger Störungsbilder in Psychiatrie und Psychosomatik behandelt.

Hospitationen

Hospitationen bauen auf das Praktikum auf, indem sie vom Studenten fordern, erstmals die Therapeutenrolle einzunehmen. Die Rahmenbedingungen (ein-

oder zweimal wöchentlich) machen auch Hospitationen in einer privaten Praxis möglich. Es würde in diesem Fall der Prozess eines oder mehrerer Patienten begleitet, die offen wären für einen Co-Therapeuten. Der offizielle Therapeut würde selbstverständlich auch an allen Sitzungen teilnehmen und nach Ablauf des Semesters die Sitzungen alleine weiterführen. Da dieser Wechsel für Therapeut und Klient nicht unproblematisch ist, wäre auch zu überlegen, im Falle der Privatpraxis die Hospitationen auf ein oder zwei Klienten zu beschränken und diese niedrigfrequent (i. d. R. je eine Stunde pro Woche) zu begleiten, notfalls über ein Semester hinaus. Der Student sollte zu Beginn der Hospitation als Assistent an einer wöchentlich tagenden Gruppe (Klinik) oder als Co-Therapeut an Einzelsitzungen (Privatpraxis) teilnehmen und diese dann im Verlauf des Semesters zunehmend selber leiten. Aufgrund dieses dauerhaften Wechsels in die Therapeutenrolle sollte der Student im Rahmen von Hospitationen nicht mehr selbst Gruppenteilnehmer sein.

Supervision

Die Supervision begleitet das eigenständige Therapieren in den Hospitationen. Sie dient zum einen dazu, Fragen der praktischen Umsetzung und Anwendung körperpsychotherapeutischer Methoden zu klären, zum anderen ist sie eine Unterstützung bei den zu erwartenden Verwicklungen einer Therapeuten-Klienten-Beziehung. (vgl. Kap. IV, 1.3.1.4)

MODUL 8: INTEGRATION UND AUSBLICK

Integratives Seminar

Diese Veranstaltung kann von den Studenten als Forum genutzt werden, ihren eigenen Prozess über die letzten 18 Monate zu reflektieren, resümieren und in Beziehung zu ihrem gewonnenen Wissen zu stellen. Wie auch der Abschluss einer Einzeltherapie oder Gruppe muss die Veranstaltung sehr offen gestaltet werden, die Impulse kommen von den Teilnehmern und werden vom Dozenten aufgegriffen und dann unter anderem körperpsychotherapeutisch mit dem Studenten in der Großgruppe bearbeitet. Vorstellbar wäre auch eine Präsentation des Eigenprozesses durch die einzelnen Studenten. In beiden

Fällen bestände die Möglichkeit für die Studenten, einen Therapeuten bei der Abschlussarbeit mit ihren Kommilitonen zu beobachten und diese Erfahrung in ihre Berufspraxis mitzunehmen.

Spezielle Themen

Die Inhalte dieses Seminars sollten idealerweise von Dozent und Studenten gemeinsam bestimmt werden. So haben Studenten auch die Möglichkeit, die Wissenslücken, die ihnen bewusst sind, zu füllen, oder auch ihr Masterarbeitsthema vorzustellen und zu diskutieren. In diesem Rahmen können auch spezielle Aspekte der KPT behandelt werden (Kulturspezifik in der Psychotherapie, KPT mit Kindern, Spiritualität, Sexualität, Träume) und aktuelle Themen des Fachdiskurses (derzeit z. B. Europäisierung des Psychotherapeutengesetzes, Neurowissenschaften) aufgegriffen werden.

Exkursion

Auch diese Veranstaltung sollte in Absprache mit den Studenten geplant und durchgeführt werden. Vorstellbar wäre der Besuch eines KPT Kongresses im In- oder Ausland, um den Kontakt mit Kollegen herzustellen und in den internationalen Fachdiskurs einzuführen. Auch der Besuch eines oder mehrerer Ausbildungsinstitute wäre sinnvoll und würde der Orientierung für Weiterbildungen dienen, denn die Absolventen sollten nach dem Masterstudium berufsbegleitend ein KPT-Verfahren ihrer Wahl vertieft erlernen.

MODUL 9: MASTERARBEIT

Die Masterarbeit soll zeigen, dass der Student in der Lage ist, ein Thema aus dem Fachgebiet der Körperpsychotherapie selbstständig und nach wissenschaftlichen Methoden zu bearbeiten. Sie sollte 45 bis 65 Seiten umfassen und innerhalb von sechs Monaten angefertigt werden.

MODUL 10: WAHLPFLICHT

Als Wahlpflichtveranstaltungen sind im Curriculum AVT (Ausgewählte Verfahren und Themen) Seminare vorgesehen. Im Rahmen eines bewegungsorientierten Masterverbundes an einer Universität würde das Wahlpflichtangebot zusätzlich Veranstaltungen aus den benachbarten Masterstudiengängen beinhalten, wie dies auch in CIIS üblich ist. Auf diese Weise können die Studenten die programmeigenen AVT-Veranstaltungen belegen und / oder einen Einblick in fachfremde Verfahren (z. B. Dramatherapie, Kreativtherapien) erhalten. Die AVT Veranstaltungen sind demnach auch für Studenten anderer Masterstudiengänge geöffnet.

Ausgewählte Verfahren / Themen (AVT 1 und 2)

Für diese Seminare ist die Vorstellung eines einzelnen Verfahrens oder eines Spezialgebietes der KPT durch einen bekannten Vertreter / Vertreterin dieses Verfahrens oder Themas geplant. Dies wäre eine Möglichkeit, ein zentrales Verfahren der körperorientierten Psychotherapie (z. B. Gestalttherapie) oder die von Kliniken favorisierte Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) vertieft zu behandeln. Hier könnte aber auch ein Themenschwerpunkt (Spiritualität, Übertragung und Gegenübertragung, Systemische Familientherapie und KPT uvm.) theoretisch und praktisch vertiefend behandelt werden. Besonders bei der Vorstellung eines einzelnen Verfahrens sollten Leistungsanforderungen an die Studenten (z. B. Fakten für eine Prüfung zu behalten) gering sein, der Selbsterfahrungsanteil dagegen hoch. Einzelne Verfahren sollten aufgrund der Selbsterfahrung als zentralem Lehrziel von externen Dozenten vorgestellt werden. Durch diese Rahmenbedingungen soll ein entspanntes Sich-Einlassen ohne Leistungs- und Profilierungsdruck möglich gemacht werden.

2.3 Vernetzung mit anderen Universitäten

Im vorliegenden Curriculum habe ich das amerikanische Vorbild nur soweit berücksichtigt, wie es für unsere gesellschaftlichen und Arbeitsmarkt-Bedingungen und das hiesige universitäre Setting sinnvoll ist. Insgesamt war es mir jedoch auch wichtig, eine gewisse Kompatibilität herzustellen. Die enge Anbindung an eine Partneruniversität – in diesem Fall eine der vier US Universitäten – ist bei der Gründung eines neuen Studienganges in jedem Fall hilfreich. Dazu gehört zum einen die Vernetzung von Wissenschaft und Forschung sowie regelmäßiger fachlicher Austausch der Dozenten.

Im Falle der Körperpsychotherapie kämen derzeit nur die vier amerikanischen Universitäten als Kooperationsuniversitäten in Frage⁵⁰. Die Anrechnung von US amerikanischen *Units* versus *SWS* bzw. *ECTS* ist eine Detailfrage, die geklärt werden müsste. Die Veranstaltungen in den USA sind in der Regel mit höherer *SWS* Zahl oder inkompatiblen Größen wie zum Beispiel zwei *Units* (= zwei Zeitstunden) angesetzt. Dadurch dass die amerikanischen Programme häufig ihre Curricula und die *Units* der Veranstaltungen ändern, müsste dies erst zum Zeitpunkt der Umsetzung in Kooperationsgesprächen zwischen den Universitäten diskutiert werden.

Es können sehr wohl aber inhaltliche Gemeinsamkeiten der Curricula in Form der Veranstaltungen ausgearbeitet werden. Da in den USA nicht modularisiert studiert wird müsste die Regelung geschaffen werden, dass Einzelveranstaltungen in deutsche Module importiert werden können. Im vorliegenden Curriculumsentwurf sind die folgenden Lehrveranstaltungen inhaltlich identisch mit dem CIIS Curriculum: Psychopathologie, Entwicklungspsychologie, Psychodynamik, Gruppendynamik und das Integrative Seminar. Weitere Äquivalente sind: psychologische Testverfahren

⁵⁰ Die Möglichkeit der Kooperation mit europäischen KPT-Studiengängen müsste zum Zeitpunkt der Umsetzung geprüft werden: Der von Helen Payne und Frank Röhrich entwickelte Masterstudiengang in „Body Oriented Psychological Therapies“ in Hertfordshire befindet sich noch in der Planungsphase und das italienische Masterprogramm an der European School of Functional Psychotherapy ist im Gegensatz zum britischen Programm und zum vorliegenden Entwurf nur für Psychologen, Ärzte und Psychotherapeuten zugelassen (EABP 2009c, 19 f.).

(bei uns: Diagnostik und Testverfahren) sowie Theorien und Techniken der Körperpsychotherapie I und II (bei uns: KPT I und II). Für Austauschstudenten beider Länder bestände zudem die Möglichkeit, einige der restlichen, nicht-kompatiblen Seminare als Wahlpflichtveranstaltungen zu belegen und in ihrer Heimatuniversität anerkennen zu lassen. Mit diesem Entwurf wären zweidrittel der deutschen Veranstaltungen (82 ECTS von 120 ECTS) mit dem Curriculum von CIIS kompatibel. Für die Umsetzung wäre es hilfreich, zentrale Veranstaltungen des Kerncurriculums in englischer Sprache anzubieten, was angesichts der umfangreichen, englischsprachigen Fachliteratur zur Körperpsychotherapie sowieso nahe läge.

2.4 Universitäre Verortung der KPT

Ein Studium der Körperpsychotherapie gibt es an deutschen Universitäten zwar nicht, die KPT taucht dennoch verdeckt in verschiedenen Fachbereichen auf. Oft sind es engagierte Professoren in nicht-psychologischen Fachbereichen, die die Bedeutung des verkörperten Unbewussten für ihr Studienfach entdeckt haben und Seminare mit Selbsterfahrung in KPT anbieten. In den Religionswissenschaften finden sich Seminare zu Spiritualität, Meditation und Körperlichkeit, in der Sportpsychologie taucht die KPT ebenfalls auf und in den Erziehungswissenschaften wird unter dem Aspekt der körperlichen Sozialisation mit dem Körper und seiner Lebensgeschichte gearbeitet (z. B. „Somatische Resonanz“).

Für eine offizielle Verortung der Körperpsychotherapie an der Universität bieten sich daher verschiedene Fachbereiche an. Die offensichtlichste Wahl – ein psychologisches Institut – ist meines Erachtens aufgrund der bereits diskutierten Inkompatibilität der KPT und der akademischen Psychologie derzeit ausgeschlossen. Es ist vorstellbar, dass mit der Etablierung von verschiedenen, parallelen Psychotherapiemastern (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Humanistische Psychotherapie, Körperpsychotherapie) eine Öffnung stattfindet, derzeit befinden sich jedoch die Psychologiecurricula deutschlandweit in einer naturwissenschaftlichen Eingleisigkeit. Wäre die Körperpsychotherapie gezwungen, sich als einziges alternatives Verfahren in die gegenwärtigen

Psychologieinstitute zu integrieren, so müsste sie ihre größte Stärke – ihre phänomenologische Seele – verkaufen. Abgesehen davon würden die Vertreter der akademischen Psychologie, die ja sogar die Etablierung der Psychoanalyse zu verhindern versuchen, die KPT nicht neben der Verhaltenstherapie akzeptieren.

Eine andere Option wäre der medizinische Fachbereich, in dem gerade in den psychosomatischen Instituten viele Psychoanalytiker vertreten sind. Dort könnte die KPT als eines der zentralen Therapieverfahren der Psychosomatik verortet werden. Die meisten Möglichkeiten bestehen in geistes- und sportwissenschaftlichen Fachbereichen. Hier bieten sich sportpsychologische Arbeitsbereiche sowie die Pädagogik mit ihren bewegungspädagogischen Schwerpunkten an. In diesen Fachbereichen würde die KPT wahrscheinlich auf grundsätzliches Wohlwollen in Bezug auf ihre phänomenologische Grundhaltung stoßen.

Wenn man jedoch unabhängig von Fachbereichen und jenseits von bestehenden Strukturen denkt und die bestmögliche Heimat für die akademische KPT auf dem Reißbrett entwirft, so wäre meine Zukunftsvision ein bewegungsorientierter Masterverbund. Bei diesem Modell könnte man im Sinne eines amerikanischen Somatic Psychology Masters verschiedenste Körper- und Bewegungsmaster unter einem Dach vereinen und vernetzen. Neben der Körperpsychotherapie könnten Dramatherapie und Tanztherapie, Abenteuer- und Erlebnispädagogik, sportpsychologische oder -philosophische Masterstudiengänge und der bereits etablierte Masterstudiengang Motologie gelehrt werden. Solche Masterverbünde wären für den wissenschaftlichen Diskurs beflügelnd und im Sinne eines „Kneipeneffektes“⁵¹ für Studenten sehr attraktiv, besonders wenn man das Kerncurriculum aufeinander abstimmt und durch Wahlpflichtfächer Vernetzungen zwischen den Mastern fördert. Die Studenten hätten damit die Möglichkeit, ein weites Feld der Bewegungs- und

⁵¹ Das Phänomen, dass mehrere Kneipen innerhalb einer Straße eine attraktive Auswahl an Alternativen darstellen und besonders viele Gäste anziehen, lässt sich auch auf Fächerschwerpunkte an Universitäten übertragen.

Körperarbeit zu explorieren, ihre Neigungen zu erkunden und im Verlauf des Studiums noch zu parallelen Mastern zu wechseln.

Von den oben genannten, parallelen Masterstudiengängen, die bereits existieren, weist die Motologie – eine multidisziplinär ausgerichtete Lehre vom Zusammenhang zwischen Bewegung und Psyche – die größte Schnittmenge mit der KPT auf und hat aufgrund ihrer selbsterfahrungsorientierten Rahmenbedingungen bereits langjährige Erfahrung mit körperlich-seelischen Prozessen im universitären Setting. Sie ist auch deutschlandweit der einzige Studiengang, der Körperpsychotherapie offiziell – derzeit als Wahlpflichtfach – in seinem Curriculum verankert hat. Eine Anbindung der Körperpsychotherapie an die Motologie bietet sich daher – unabhängig von der formalen Umsetzung dieser Kooperation – an. Eine Diskussion der Gemeinsamkeiten, Unterschiede und akademische Kooperationsmöglichkeiten zwischen beiden Fachdiskursen soll dies im Folgenden erörtern.

2.4.1 Körperpsychotherapie und Motologie

Wenn ich Körperpsychotherapeuten erzähle, dass ich im Fachgebiet Motologie lehre und forsche, ernte ich normalerweise ein melodisch abfallendes „Aaaah“, gefolgt von einem langsamen, verständnislosen Nicken, das manchmal von einem mutigen: „Moto... was?“ beendet wird. Wenn ich Motologen von der Körperpsychotherapie erzähle, ist diesen zwar der Begriff geläufig, aber wenn sie keine körperpsychotherapeutische Eigenerfahrung haben, dann teilen sie nicht unbedingt meine Ansicht, dass beide Disziplinen wirklich Seelenverwandte sind. Für mich und andere Grenzgänger wie Amara Eckert (vgl. 2006, 2009a) waren die Motologie und die KPT in ihrem Kern immer dieselbe Arbeit, vergleichbar mit ein und demselben Raum, in den man durch zwei verschiedene Türen eintreten kann. Eine Betrachtung ihrer Entwicklungsgeschichte zeigt bereits die große Schnittmenge.

2.4.1.1 Entstehungsgeschichte und Grundlagen im Vergleich

Ebenso wie die körperpsychotherapeutischen Verfahren kam die Motologie nicht in einem akademischen Elternhaus zur Welt, sondern wurde als Schule begründet und erst viel später akademisiert, wie „alle bekannten bewegungs- und körpertherapeutischen Verfahren sich außerakademisch tradieren und schulenmäßig organisiert sind“ (Seewald 2004, 42). Jürgen Seewald begründet dies damit, dass im Zentrum dieser Schulen häufig Meister und Meisterinnen standen und stehen. Eine Meisterlehre zu verwissenschaftlichen ist nämlich ein tückisches Unterfangen. „Das ‚Geheimnis‘ der Meisterlehren besteht in einer (von der Wissenschaft) unnachahmlichen Integration von Persönlichkeit des Meisters und der Quellen und Traditionen, aus denen er schöpft und stammt. [...] Meisterlehren haben so gesehen mehr Ähnlichkeit mit der Kunst als der Wissenschaft.“ (2004, 43)

Nick Totton sieht dies in Bezug auf die Körperpsychotherapie ähnlich: „Sollte Körperpsychotherapie, oder Psychotherapie überhaupt als wissenschaftliches Unterfangen verstanden werden?“ (Totton 2002, 204) Er ordnet die KPT eher den Künsten oder spirituellen Praktiken zu und bezeichnet sie als „folk-healing“ (ebd. 204), als eine überlieferte Methode der Heilung.

Die Schwierigkeiten einer wissenschaftlichen Einbindung ist in Bezug auf die KPT besonders im Kapitel II, 5 deutlich geworden, wo versucht werden sollte, viele verschiedene Meisterlehren auf gemeinsame Nenner zu reduzieren. Der Motologie, die auch als „theoretischer ‚Flickerteppich‘“ (Seewald 2004, 44) begann, ist diese Verwissenschaftlichung und Akademisierung jedoch geglückt: An ihrem Anfang als Meisterlehre steht Ernst „Jonny“ Kiphard, ein Zirkusclown und späterer Diplomsportlehrer, der im Rahmen seiner Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die „psychomotorische Übungsbehandlung“ (Kiphard 1961 und 1989, 15 f., Schilling 2003, 15) entwickelte, die heute als *Psychomotorik* bekannt ist, und die sich nach wie vor schwerpunktmäßig mit Kindern beschäftigt. Der Begriff der *Motologie* (motio (lat.) = Bewegung, logos (griech.) = die Lehre) wurde erst im Rahmen der Akademisierung gewählt und bezeichnet im Gegensatz zur praxisorientierten „reflektierten Meisterlehre“ (Seewald 2004, 27) der Psychomotorik ein Fachgebiet mit explizit

wissenschaftlichem Anspruch.⁵² Im Rahmen der Akademisierung 1983 erarbeitete sich die Motologie einen breiten, multidisziplinären Kanon an Lehrinhalten aus Psychologie, Sportwissenschaft, Pädagogik, Medizin, Philosophie und Soziologie, der inzwischen auch eigene Ansätze zur Arbeit mit Senioren und Erwachsenen beinhaltet. Die Motologie ist damit eine sehr junge Wissenschaft, die immer noch gravierenden Wandlungen unterliegt und auch immer noch um Anerkennung kämpft.

Vergleichbar dem Bestreben der Körperpsychotherapie, die sich neuerdings über neurowissenschaftliche Erkenntnisse Anerkennung und Legitimation zu verschaffen sucht, entwickelte auch die Motologie zunächst ein diagnostisches, dem universitären Denken angepasstes Theoriefundament, einschließlich Testverfahren etc. Unter den Psychologen Dietrich Eggert (vgl. 1972, 1975) und Friedhelm Schilling (vgl. 1980, 1981) entstanden Ansätze, die später als „funktional“ sowie „kompetenztheoretisch“ bezeichnet wurden.⁵³ Was jedoch fehlte, war eine andere, tiefere Sicht auf Bewegung, die die Sinnhaftigkeit derselben thematisierte.

*„Hier hatte sich die Motologie von Anbeginn ein kaum zu überwindendes Problem aufgeladen. Um wissenschaftliche Reputation bemüht, entschied man sich für das empirisch-rationale Erkenntnisideal und musste, gemäß dem dort zugrunde gelegten positivistischen Reinheitsgebot, andere als wissenschaftlich irrelevant erkannte Bedeutungsebenen ausblenden.“
(Mattner 2004, 20)*

Erst mit der Begründung des Verstehenden Ansatzes durch Jürgen Seewald wurde eine anthropologische und phänomenologische Sichtweise sowie eine psychodynamische Betrachtung zugefügt (Eckert 2006, 348, vgl. Seewald 2007). Um die Entwicklung der Motologie mit ihren eigenen Konzepten zu beschreiben: Während die Kindheit der Motologie funktional und kompetenztheoretisch geprägt war, hat sie sich mit dem Verstehenden Ansatz inzwischen zu einem reflektierten Jugendlichen entwickelt, der zwar die alten Ansätze noch beherrscht, der aber im Sinne eines Entwicklungsschrittes die

52 Für eine ausführlichere Definition der Begriffe siehe Seewald 1996, 238.

53 Zur Entstehung der Ansätze siehe Seewald 1993 und Schilling 2003.

funktionale Perspektive⁵⁴ verlassen hat und angefangen hat, psychoanalytisch⁵⁵ zu denken und zu sehen.

Seewald zeigt an einem Fallbeispiel aus einer psychomotorischen Fördergruppe den Unterschied zwischen beiden Ansätzen⁵⁶: Es geht um die siebenjährige Melanie, die diverse psychomotorische Auffälligkeiten aufweist (starke Sehschwäche, Probleme mit der Augen-Hand-Koordination) und die zudem leicht übergewichtig ist, plump, und öfter über ihre eigenen Füße fällt. Eines Tages entdeckt die Gruppe den Zirkus als Spielthema und Melanie entscheidet sich für die Rolle der Seiltänzerin. Sie balanciert über ein ausgelegtes Tau und vollführt Kunststücke, die alle elegant und leicht aussehen müssen. Sie wiederholt dieses Spielthema über mehrere Stunden und genießt es, vom Publikum bewundert zu werden.

Im kompetenztheoretischen Ansatz stünde das Erlernen der Kunststücke im Vordergrund, mit dem Ziel, über das Kompetenzgefühl und die erlernten Fertigkeiten auch psychische Veränderungen zu erwirken. Aus Sicht des Verstehenden Ansatzes experimentiert Melanie mit ihrem Selbstbild, löst sich von oralen Themen und öffnet sich für das ödipale Thema der Geschlechtsrollenfindung. Sie modifiziert ihr Selbstbild, und zwar leiblich. Es geht also weniger um eine Lernsituation für Kompetenzen als um die selbstsymbolische Dimension eines Themas.

Tatsache ist, dass die Motologie erst mit dieser neuen, psychoanalytisch-tiefenhermeneutischen Identität ein interessanter Gesprächspartner für die Körperpsychotherapie geworden ist, die ja den Körper schon immer als Akteur des Unbewussten sah. Dies ist laut Amara Eckert die Schnittmenge der beiden Disziplinen: „Körperpsychotherapie und Psychomotorik treffen sich im Bereich

54 Die Psychomotorik ist dahingegen nach wie vor mehr funktional orientiert, wie in Kap IV, 2.4.1.3 noch diskutiert wird.

55 Seewald bevorzugt trotz Adaption zentraler psychodynamischer Konzepte den Begriff der Tiefenhermeneutik, was auf die praktische Umsetzung keine Auswirkung hat, wodurch aber die Wurzeln der Motologie und ihre Verortung innerhalb des entwicklungsfördernden Paradigmas berücksichtigt werden (2007, 32).

56 Für eine ausführliche Fallbeschreibung siehe Seewald 2007, 134 f.

der sinnverstehenden Psychomotorik“ (2006, 352). Anschlussstellen sind die Symbol- und Traumtheorie der Psychoanalyse sowie die Entwicklungstheorien von Mahler, Erikson, Winnicott und Stern (Seewald 2009). Die verbindende Grundannahme von sinnverstehendem Ansatz und KPT sind das ganzheitliche Menschenbild (Seewald 1996a, 234, Hammer 2004, 14) und ihre phänomenologische Grundhaltung. Motologie und Körperpsychotherapie benutzen den Körper und seine Bewegung als Medium für ganzheitliche Entwicklung.

Dieses Menschenbild basiert im Fall der Motologie auf der Leibphänomenologie und der Symboltheorie (Seewald 2007, 16): Seewald spricht von „gesellschaftlichen Prägemustern“, die uns zu „Akteuren unserer Einleibungen“ machen (2007, 20). In der Körperpsychotherapie finden wir Äquivalente in den affektmotorischen Schemata und dem im Laufe unserer Sozialisation gebildeten Muskelpanzer. In der Praxis greift die Motologie auf Entwicklungstheorien und Lebensweltanalysen zurück, um den Klienten zu verstehen. Dasselbe kann über die Körperpsychotherapie gesagt werden. Im Verstehenden Ansatz finden wir als Arbeitshaltung auch die Aspekte „Übertragung und Gegenübertragung“ sowie die „freischwebende Aufmerksamkeit“ aus der Psychoanalyse (Seewald 2007, 34 ff.) – zentrale Arbeitskonzepte der Körperpsychotherapie. Bei der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) sind sogar die Arbeitsmodi – der Einsatz von Materialien wie Bällen, Sandsäckchen, Stöcken, Tüchern und Decken – mit denen der Motologie identisch: Als Beobachter einer KBT-Stunde kann man zu einer Motologiestunde keine Unterschiede feststellen. Der einzige Unterschied zwischen KPT und Motologie liegt im Zugangsparadigma.

2.4.1.2 Psychotherapie versus Entwicklungsförderung

Der Graben zwischen Motologie und KPT basiert auf einer Paradigmendiskussion: Der Motologie liegt ursprünglich ein entwicklungsförderndes Paradigma zugrunde (vgl. Seewald 1996a, 244 f. und 2007, 16 f.), der KPT ein psychotherapeutisches.

Entwicklungsförderung bezeichnet die Hilfe bei der Lösung von Entwicklungsaufgaben und -krisen (Seewald 1996a, 244 f.); *Therapie* ist die Heilung von Krankheit. Vordergründig fehlt der Entwicklungsförderung also das pathologische Element, und der Beginn einer Therapie ist offiziell an einen Diagnoseschlüssel gebunden. Diese konzeptionelle Grenze scheint mir jedoch im deutschen Psychotherapeutengesetz begründet zu sein, denn in der praktischen Arbeit mit Menschen sind die Paradigmen nicht zu trennen. Eine Therapie fördert den Klienten in seiner Entwicklung und erfolgreich gelöste Entwicklungsaufgaben machen gesund. „Eine vom medizinischen Denken der Leidensbehandlung dominierte Form ist die der Therapie, die sich z. T. nach der in der Medizin gebräuchlichen Unterteilung in Diagnose, Indikation, therapeutische Anwendung und Evaluation genau eingrenzen lässt, z. T. aber fließende Übergänge zu sonstigen Formen der Entwicklungsförderung und Persönlichkeitsbildung hat. Hierzu zählen pädagogische Bemühungen, aber auch Selbsterfahrungsgruppen.“ (Hölter 1993, 18)

Zwischen einer Entwicklungsproblematik und einer diagnostizierten Pathologie zu differenzieren ist dementsprechend schwierig. Im Kindesalter wird diese Unterscheidung sowieso noch nicht getroffen, da alle psychischen Störungen vor dem Hintergrund der unfertigen Entwicklung des Kindes gesehen werden müssen. Im Erwachsenenalter sind gemäß Eriksons Konzept des Life-span-development (Erikson 1999, 2003) auch ständig neue Entwicklungsschritte zu meistern, die wir mehr oder weniger gut bewältigen. Der Schritt von der Entwicklungskrise zur Krankheit ist dabei laut Fürstenau sehr klein.

„Uns ist heute geläufig, daß wir auch als Erwachsene, bedingt durch markante Veränderungen unseres beruflichen Status, durch mannigfaltige Wandlungen unserer soziokulturellen Lebensbedingungen und natürlich auch leider durch organismische Veränderungen lebenslänglich vor neuen Situationen stehen. Sie haben wir durch innere, d. h. seelische Anpassungsprozesse zu meistern, auf sie haben wir jeweils eine neue persönliche Antwort durch Umstrukturierung der Muster unserer inneren Welt zu finden. Weiter ist uns bewußt, daß dies Finden neuer persönlicher Lösungen für die jeweils gestellten Aufgaben Krisen impliziert. Bei ungünstigem Ausgang kommt es zu einer psychischen Dekompensation, die mit einer mehr oder minder ausgeprägten Symptomatik verbunden ist.“
(Fürstenau 1994, 65)

Seewald (1992, 219) spricht analog von „konflikthaft gestörten Entwicklungsverläufen“.

Die strikte Paradigmentrennung wurde mit der Schaffung des Paradigmas *Entwicklungsfördernde Therapie* (vgl. Krus 2004, Fürstenau 1994) versucht zu überbrücken. Diese Therapie soll laut Fürstenau „dem Patienten dazu verhelfen, den Entwicklungsschritt, vor dem er steht, und der zu der Krise bzw. Dekompensation geführt hat, in einer seiner Persönlichkeit gemäßen Form erfolgreich zu bewältigen.“ (1994, 66) Die Umsetzung dieser Brücke in die Berufspraxis erfordert jedoch eine Modifikation der Ausbildung von Motologen und Psychomotorikern in Richtung Psychotherapie. Zwar hat die klinische Psychologie einen festen Platz im Motologiestudium, die psychotherapeutischen Aspekte der Körperarbeit wurden aber bisher nur randständig behandelt. Von den Diplom- bzw. Mastermotologen, die in Kliniken als *Bewegungstherapeuten* angestellt werden (Seewald 2006), wird jedoch selbstverständlich psychotherapeutische Kompetenz erwartet. Aus den Kliniken kam häufig die Rückmeldung, dass Motologen von ihrem Hintergrundwissen her den Fachtherapeuten (Physio- und Ergotherapeuten) zwar überlegen seien, dass ihnen aber Therapierüstzeug fehle: Umgang mit Emotionen, Übertragung und Gegenübertragung, Gruppendynamiken und Begleitung therapeutischer Prozesse. Von den Kliniken, die an der in dieser Arbeit durchgeführten Studie teilnahmen, wurde ebendies bestätigt: dass man sich eine Kombination von akademischem Theoriefundament und körperpsychotherapeutischer Kompetenz sehr wünscht.

Dass diese notwendige psychotherapeutische Erweiterung des motologisch-psychomotorischen Feldes bisher auf große Widerstände aus eigenen Reihen gestoßen ist, erklärt Amara Eckert mit der auf den ersten Blick paradox erscheinenden „Angst der Psychomotorik vor dem Körper und der Psyche“ (Eckert 2009a).

2.4.1.3 Die Angst der Psychomotorik vor dem Körper und der Psyche

Obwohl die Psychomotorik in der klinischen Praxis entstand, orientierte sie sich lange an pädagogischen Förderkonzepten. Erst in den letzten Jahren ist das psychotherapeutische Paradigma in den Fachdiskurs zurückgekehrt und hat bewirkt,

„dass die Psychomotorik sich insgesamt von einer Psycho-motorik zu einer Psycho-motorik verschoben hat. In einem Überblickswerk von Köckenberger / Hammer haben von neun vorgestellten Ansätzen nicht weniger als sechs einen dezidiert psychodynamischen Hintergrund. Möglicherweise folgt die Psychomotorik / Motologie damit einer Verschiebung in den Problemlagen ihrer Klientel, wo sich Behinderungen zulasten psychischer Befindlichkeitsstörungen und Erziehungsproblemen verschoben haben.“ (Seewald 2009)

Amara Eckert stellt fest, dass man bis vor zehn Jahren vergeblich nach der Psyche in der Psychomotorik suchen konnte: „Erst dann kam das Gefühl mehr in die Psychomotorik. Erleben war bis dahin Spaß und Freude. [...] Tränen und der Ausdruck seelischer Schmerzen waren in der Psychomotorik ursprünglich nicht vorgesehen und das spiegelt die Unterdrückung authentischer Gefühle unserer Gesellschaft deutlich wieder.“ (Eckert 2009a) Unangenehme Gefühle und negatives Verhalten wie Aggressionen bei Kindern wurden als methodische Fehler gedeutet, als Zeichen, dass das Bewegungsangebot nicht motivierend genug war. Diese Angst vor dem gesamten Gefühlsspektrum zeigt sich bis heute in der psychomotorischen Praxis: „Was ist das für ein Phänomen, wenn ich mich mit dem Körper beschäftige, mich mit Bewegung beschäftige, aber vor den Gefühlen und den Wirklichkeiten im Körper davonlaufe?“ (Eckert 2009a)

Die Abwehr unlustvoller Gefühle des Klienten spiegelt immer das Innere des Therapeuten wieder, weshalb „ein Psychomotoriker, der traditionell gelernt hat, sich mit Spaß und Freude zu beschäftigen in seinem Leben und das zu seinem Beruf zu machen, [...] nicht umhin kommt, sich auch mit seinem tiefsten Schmerz zu konfrontieren“ (Eckert 2009a). Hier zeigt sich die Notwendigkeit einer modifizierten Ausbildung von Motologen / Psychomotorikern, in der die eigene Psychopathologie thematisiert wird und Selbsterfahrung so angelegt ist, dass sie die Auseinandersetzung mit den eigenen Schattenseiten fördert. Nur

so kann ein Therapeut den Klienten ohne Abwehr begleiten. Das Dilemma der pädagogisch ausgerichteten Psychomotorik, nämlich Entwicklungsförderung betreiben zu wollen ohne diese Schattenseiten zu behandeln, ist nur über einen Entwicklungssprung beim Psychomotoriker lösbar. Denn ein Kind spürt, was ein Therapeut von ihm erwartet und stellt sich entsprechend ein.

„Also wenn es weiß, hier ist Sport angesagt, dann ist Sport angesagt. Wenn es weiß, hier ist Bewegungspädagogik angesagt, wird es sich genau an diesen Rahmen halten, aber die Themen die dahinter sind, die drängen und genau die äußern sich dann oft in den sogenannten Verhaltensstörungen, die alle Pädagogen so lieben. [...] Das heißt, wenn das Kind frei wird, der Bewegungsausdruck frei wird, kommen die Lebensthemen und dann kommt das Verhalten, das nicht erwünscht ist. Die Neugier, die Lernfreude, die Bildungsbereitschaft ist erwünscht, aber bitte schön nicht die traumatischen Erfahrungen dazu. Aber wie will ich das eine wecken, wenn das andere mit im Gepäck ist? [...] Wenn ich lebendig werde ist alles da.“ (Eckert 2009a)

Diese Öffnung für unberechenbare Energien und Prozesse in der psychomotorischen Arbeit wird bisher von nur wenigen gewagt, obwohl das „ziellose“ Vorgehen oft schneller zum Ziel führt, eben weil sich alles zeigen darf. Das Bedürfnis, sich an etwas festzuhalten, ist groß und viele Motologen / Psychomotoriker schützen sich nach wie vor mit vorrangig kompetenztheoretischem Arbeiten, mit Übungsabfolgen und Stundenplänen, die eher an Sportunterricht als an Therapie erinnern. „Immer noch hilft in der Psychomotorik Funktionalismus gegen leibliche Dialoge und den Ausdruck lebendiger und vor allem unberechenbarer Körperenergien.“ (Eckert 2009a)

Der Grundgedanke der Motologie folgt jedoch nicht überall dem entwicklungsfördernden Paradigma. Die französische Psychomotorik wird als psychotherapeutischer Ansatz gelehrt und praktiziert, geprägt vom *tonisch-emotionalen Dialog* (Aucoutourier 2006). Es scheint nun, dass eine Integration psychotherapeutischer Aspekte auch der deutschen Psychomotorik bevorsteht. „Die Psychomotorik / Motologie war bisher oft zu halbherzig in ihren Entwürfen und wich den großen Fragen aus, die sich in der Körper- und Bewegungsarbeit fast zwangsläufig stellen. Ich glaube, dass die Zeit nun reif ist, dass auch die Psychomotorik wie schon in anderen europäischen Ländern gelassener mit den existentiellen und spirituellen Fragen umgeht – und auch mit der Emotionalität

und Sexualität, Bereiche, die bislang weitgehend ausgeklammert wurden.“ (Seewald 2009)

Es sieht ferner so aus, als ob Psychomotorik und Körperpsychotherapie gemeinsam oder auch sich gegenseitig inspirierend wieder in den klinischen Alltag zurückkehren, wo Motologen und Körperpsychotherapeuten gemeinsam als Bewegungstherapeuten in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken arbeiten. „Da kommt jetzt was zusammen, was zusammen gehört.“ (Eckert 2009b)

Die Vernetzung beider Fachdiskurse wird nicht nur in der Berufspraxis sondern auch in der Wissenschaft beider Disziplinen spürbar werden. Für die Motologie sieht Jürgen Seewald, „dass nur im Verbund mit der Körperpsychotherapie das volle emanzipatorische Potential der Körper- und Bewegungsarbeit zu gewinnen ist.“ (Seewald 2009) Die Körperpsychotherapie wiederum ist durch diese Allianz ihrem Ziel der Akademisierung einen Schritt näher gekommen, und findet noch dazu eine Heimat in einem Fachgebiet, das Meisterlehren zu schätzen und zu akademisieren weiß: „Der Wissenstyp der Meisterlehren ist für Wachstums- und Heilungsprozesse besonders bekömmlich und durch wissenschaftliche Derivate nicht zu überbieten. Meisterlehren bedürfen aber einer Rahmung durch Klärungen – auch begrifflicher Art. Außerdem wird die Evaluationsfrage ohne Einsatz wissenschaftlicher Methoden nicht zu lösen sein.“ (Seewald 2009).

Trotz dieser ganz offensichtlichen Win-Win-Situation für Motologie und KPT besteht die Gefahr, Reviergrenzen zu verletzen, zumal die Größen der (Körper)psychotherapie Männer sind. Dazu Jürgen Seewald:

„Ich kenne das Gefühl sehr gut, zum Beispiel wenn sich die erwähnten Physiotherapeuten ‚unseres Terrains‘ bemächtigen ohne die notwendigen Rituale und Initiationsriten zu beachten. Ich verwende dieses archaische Vokabular bewusst, ist doch von einer – zumindest unter Männern – wirkmächtigen Motivation die Rede. Ich glaube nicht, dass wir die Reviergrenzen verletzen, sind doch Körper und Bewegung unser ureigenstes Terrain. Wir nähern uns der KPT über den Körper – also gleichsam von unten – wie übrigens, wenn ich das richtig sehe – die

meisten Körperpsychotherapeuten. Der andere Zugang über die Psychotherapie – also gleichsam von oben – ist sicher genauso berechtigt – aber auch nicht mehr. Vielleicht besteht gerade in diesem doppelten Zugang ein Grund für die Vielschichtigkeit und Dynamik, die ich in der KPT wahrnehme, allerdings auch ein Grund für Ambivalenzen und Revierkämpfe. Die Wissenschaft wirkt übrigens auch hier ausgleichend und egalitär.“ (Seewald 2009)

Als im Mai 2009 in Marburg auf der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“ diese neue Allianz diskutiert wurde, formulierte David Boadella als Vision eine „gesunde Parallelität“, in der die Psychomotorik den Umgang mit schwierigen Klienten und Situationen lerne und die KPT von der Leichtigkeit der Psychomotorik profitiere.

Wie also kann diese Allianz praktisch umgesetzt werden? Derzeit ist der Motologie-Master ein überschaubarer Studiengang mit wenigen Studenten, der nur an der Philipps-Universität Marburg angeboten wird. Geplant ist, ab 2010 die Körperpsychotherapie als einen Wahl-Schwerpunkt in das Motologiestudium aufzunehmen. Obwohl es durchaus vorstellbar ist, in einem zweiten Schritt ein Y-Modell mit gemeinsamem ersten Studienjahr zu entwickeln und irgendwann auch einen eigenen parallelen Masterstudiengang Körperpsychotherapie umzusetzen – ähnlich dem vorliegenden Entwurf – ist dies ebenso wenig geplant wie der Bewegungsmasterverbund. Zunächst muss sich zeigen, wie die Körperpsychotherapie sich in einem akademischen Rahmen entwickelt; was darüber hinaus passiert, wird zu diskutieren sein.

Bei der Realisierung der vorliegenden Zukunftsvision, einer in Deutschland akademisch eigenständig etablierten Körperpsychotherapie, egal an welcher Universität und in welchem Fachbereich, wird man sowohl auf interdisziplinäre Kooperationsangebote als auch auf Abwehr und Abgrenzung stoßen. Dennoch sieht der Leiter des motologischen Arbeitsbereiches in Marburg der Entwicklung gelassen entgegen: „Das Klein-Klein und die geistigen Schrebergärten haben keine Zukunftsperspektive an den Universitäten“ (Seewald 2009).

3 Fazit

Was in dieser Arbeit deutlich geworden sein dürfte ist, dass es sich hier um einen ungewöhnlichen Studiengang handelt, der sich wahrscheinlich nicht nahtlos in das deutsche Universitätssystem einreihen lässt. Es bietet sich hier etwas ganz Neues, unter anderem durch die Schaffung einer Selbsterfahrungskultur an der Universität und die Integration von Studieninhalten und Themen, die an unseren Universitäten bisher eher misstrauisch beäugt wurden, wie Gefühle, Leiblichkeit, Spiritualität, Erotik und Sexualität.

Die Passungsschwierigkeiten sind inhärenter Bestandteil der Adaption von etwas Kulturfremden, im vorliegenden Fall von einem US-amerikanischen Curriculum, das in einer Westcoast-Kultur entstanden ist, in der weder der Verquickung von Wissenschaft und Biographie noch Spiritualität oder Eigentherapie ein Makel anhängt. Bei genauer Betrachtung sind unseren Universitäten jedoch weder heikle Themen noch Selbsterfahrung im Studium neu. In der Motologie ist Selbsterfahrung erkennbar verankert, aber auch an vielen psychologischen und pädagogischen Instituten veranstalten engagierte Dozenten in Blockseminaren intensive Reisen mit ihren Studenten. In den 1970er und 1980er Jahren war dies an den Universitäten noch üblicher. In meinem Erststudium vor 25 Jahren trafen wir uns mit einer kleinen Gruppe von Studenten, um bei einem Professor der Vergleichenden Religionswissenschaften morgens in der Gymnastikhalle mit Hilfe von bioenergetischen Übungen und Bewegungsmeditationen Phänomene wie Tiefenatmung, Katharsis und den Urschrei zu explorieren – aus gutem Grund schon morgens um sechs Uhr! Doch diesen Seminaren hing und hängt immer etwas Suspektes an, etwas Illegales, über das man auch mit Kommilitonen kaum reden darf. Das Gleiche gilt für Seminare zu existentiellen Themen, die nicht nur theoretisch abgehandelt werden, sondern in denen Studenten mit ihrer Lebensgeschichte zu Wort kommen oder wo sie in Selbsterfahrung ihre Gefühle zeigen dürfen. Solche Veranstaltungen hinterlassen bei vielen Studenten und Professoren das schuldbeladene Gefühl, man habe einen geschenkten Schein bekommen

beziehungsweise sein Dozentengehalt ungerechtfertigt verdient. Was uns bis heute fehlt, ist die Anerkennung dieser vielerorts praktizierten, universitären Subkultur, in der Bildung und Selbsterfahrung koexistieren, in der wissenschaftliche Theorien mit der eigenen Biographie verknüpft werden und in der Kognition und Leiblichkeit gleichwertig nebeneinander stehen, sowohl als Wissenschaftsgegenstand als auch Lernmedium.

Selbsterfahrung und die persönliche Öffnung gegenüber Professoren und vor allem Kommilitonen ist auch verbindungsstiftend. Gemeinsam erlebte Prozesse großer Intensität machen das Studium relevanter, das Gelernte bedeutsamer und den Zusammenhalt und auch fachlichen Austausch der Studenten größer. Ulfried Geuter, der vor Jahren im psychologischen Institut der Freien Universität Berlin ein reines Selbsterfahrungsseminar hielt, hörte später von einer Studentin: „Immer wenn man sich mit einem Kommilitonen auf dem Gang ganz besonders in die Augen schaut, dann weiß man: Wir zwei haben an diesem Seminar teilgenommen.“ (Geuter 2009a)

Als die perspektivische Akademisierung der KPT auf der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“ im Mai 2009 in Marburg thematisiert wurde, sorgte besonders der Aspekt der Selbsterfahrung für Diskussionen. Man war sich einig, dass Selbsterfahrung nicht zu intensiv sein darf, dass sie unbedingt unbenotet bleiben muss und dass sie eigentlich nur von externen Lehrkräften angeleitet werden darf, die nicht wie die Dozenten gleichzeitig Prüfer sind. An der Atmosphäre der Diskussion wurde deutlich, dass wir auch beim Gründen einer neuen Bildungskultur zu deutschem Regelwerk und unbedingtem Reinheitsgebot neigen. Ulfried Geuter relativierte diese Forderungen jedoch mit dem Einwand, dass nicht einmal offizielle Therapieausbildungen diesem hohen Standard gerecht werden können:

„Ich werde nie vergessen, wie ich in einem Saal mit tausend Leuten die Luft angehalten habe, als vorne ein homosexueller Psychoanalytiker aus München erzählte, dass er in seiner psychoanalytischen Ausbildung über 1000 Stunden Ausbildung auf der Couch nicht ein einziges Wort über seine Homosexualität verloren hat, um Psychoanalytiker werden zu können. Er musste seine Identität verdecken – innerhalb seiner Therapieausbildung, wo es ja eigentlich um die Beschäftigung mit ihm

selbst geht. Ich erzähle dieses Beispiel, um zu sagen: Das ist nicht allein ein Problem an der Universität, das ist ein strukturelles Problem jeder psychotherapeutischen Ausbildung. [...] Das erst mal zur Entlastung.“ (Geuter 2009a)

Selbsterfahrung als hochschuldidaktische Methode, ihre Trennung von der Benotung sowie mögliche Kriterien bei der Notengebung wurden bereits zuvor diskutiert. In Bezug auf die Anforderung an die Studenten, Eigenprozesse zu verarbeiten, während sie im Studium funktionstüchtig bleiben müssen, wird eine Gratwanderung gefordert sein. Die Selbsterfahrung muss genug aufdecken, um persönliche Prozesse anzustoßen und auf die Berufspraxis vorzubereiten, aber nicht so viel, dass das Studium nicht aufrechterhalten werden kann. Der Anspruch, dass alle Studenten immer genau auf diesem Grat wandeln sollen, ist jedoch Utopie. Hier ist Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des Ich-stabilen Menschen und die begleitende Eigentherapie gefragt. Sowohl intensives Einlassen als auch eine vorsichtige Distanz sind Phänomene eines unbewusst-selbstregulierten Prozesses und können – wenn sie entsprechend begleitet und unterstützt werden – die Entwicklung des Studenten nur bereichern. Wie eine amerikanische Körperpsychotherapiestudentin beschreibt:

„Ich fühle mich in vielen Bereichen meines Lebens so viel lebendiger durch das, was ich lerne. Manchmal bin ich wie aufgerissen durch die ganze Selbsterfahrung, aber im Körperpsychotherapieprogramm habe ich das Gefühl, dass wir Unterstützung bekommen, wenn wir ‚ausfreaken‘. Es wird von keinem erwartet, sich die ganze Zeit zusammenzureißen, denn einige Lerninhalte berühren letztendlich viel Persönliches. Aber es sind auch einfach Zyklen. Deine Gefühle sind manchmal sehr präsent, aber dann spürst du langsam, wie sich diese Gefühle ändern und dich verändern und unglaubliche Einsichten bringen. Das ist für mich ein ziemlich profundes Lehrstück hier.“ (Blackman 2009, Übersetzg.)

Die Begleitung der Studenten bei ihren Prozessen fordert auch eine neue Kultur in Lehrteams. Einzel- und Gruppensupervision werden unerlässlich sein: „Sie müssen, wenn Sie Selbsterfahrung (anleiten), auch selber wieder aufgefangen werden.“ (Milch 2009) Das verbindungsstiftende Potential eines solchen regelmäßigen Austausches wird auch die Dynamik der Lehrenden nachhaltig verändern und eine spürbar andere Atmosphäre in Instituten schaffen. Dann hat nicht nur der Student die Möglichkeit, sich in der Universität als Mensch zu zeigen, auch dem Dozenten öffnet sich ein neues Rollenverständnis. Das

Humboldtsche Ideal einer Universität als menschenbildender Begegnungsstätte unter dem Dach der Wissenschaft würde auf diese Weise eine Renaissance erfahren. Eine CIIS Studentin gibt einen inspirierenden Ausblick, wie solch ein Studium von den Beteiligten erlebt werden kann:

*„Ein ganz besonderer Aspekt dieses Programms ist das Gefühl der Zusammenarbeit mit meinen Mitstudenten und Dozenten. Wir sind in einer rigorosen Lernatmosphäre, wo jeder Moment die Möglichkeit bietet, zu lernen und zu wachsen. Ich habe das Gefühl, dass wir alle gemeinsam daran arbeiten, das Meiste aus unserer Zeit hier mitzunehmen.“
(Chambers 2009, Übersetzg.)*

Der von mir entworfene Studiengang birgt in seinem ungewöhnlichen Setting und seinen Inhalten ein enormes Potential für Studierende, Lehrende und auch für die gesellschaftliche Entwicklung. Doch er ist aufwendig und kostspielig, was in den derzeitigen Bildungs- und Finanzdiskussionen nicht gerne gesehen ist. Mein Schlusswort ist daher ein Plädoyer für die Selbstbestimmung und Freiheit der Universität in jeder Hinsicht:

Der derzeit geforderte Spagat zwischen kürzeren Studienzeiten und finanziellen Einsparungen bei gleichzeitiger Erbringung von wissenschaftlichen Höchstleistungen, um international mithalten zu können, ist ein Paradox in sich und zum Scheitern verurteilt. Diese Ansicht wird auch vom Psychiater Manfred Spitzer geteilt, der sowohl in den USA als auch in Deutschland lehrt: „Studenten und Professoren müssen Zeit, Raum, Freiheit und Geld zum Studieren haben. So trivial diese Erkenntnis klingt, so unglaublich sind die tatsächlichen Verhältnisse.“ (1999, 34) Hohe Ausgaben für Studiengänge, die den ganzen Menschen bilden, dürfen nicht als Teil des Finanzproblems gesehen werden, sondern müssen als seine Lösung erkannt werden, was der ehemalige Präsident der Max-Planck-Gesellschaft 1997 treffend benannte: „Die Lehre ist in knappen Zeiten immer in Gefahr, und es ist dafür mitunter aktiv zu sorgen, daß wir von den Tieren lernen, bei denen gilt, daß man gerade in schwierigen Zeiten alles drosseln darf, nur nicht die Blutzufuhr zum Gehirn.“⁵⁷

⁵⁷ Dieses auf Hubert Markl zurückgehende Zitat ist einer Universitätsrede von Mittelstraß (1997) entnommen. (Zitiert aus: Spitzer, 1999, 50 f.)

i Originalzitate

“If your life has not three dimensions, if you don’t live in the body, if you live on the two-dimensional plane in the paper world that is flat and printed, as if you were only living your biography, then you are nowhere. You don’t see the archetypal world, but live like a pressed flower in the pages of a book, a mere memory of yourself.” (C. G. Jung 1989, 972)

“The field would greatly benefit from the development of an international higher education training in integrated clinical body psychotherapy, enabling practitioners to obtain a master’s degree (master of arts or science), comparable to the US master’s degree in somatic psychology.” (Röhrich 2009, 150)

“An authentic movement is in and of the Self at the moment it is done. [...] When I see someone move authentically, it is so real that it is undiluted by any pretence or any appearance or images. Often, it can be the movement of just one hand turning over, or it can be the movement of the whole body. To get to this authenticity a sacrifice is involved. At first it is a discovery of all the tricks, needs and demands that separate you from what would be genuine in yourself. Then, after you have discovered what the trick is and what it prevents, it must be sacrificed, as must each subsequent one as it is discovered. The reality of impulse and movement come from such a different place in oneself that when it is experienced, the person comes to know when it is there and when it isn’t, and then she can stop cheating. What I call ‘cheating’ would be the personal arrangement of movement on many levels. Unfortunately, just when you get over one and think you are being ‘real’ you get hit with another form of it!” (Whitehouse 1999, 24)

“The center of the work in the discipline of Authentic Movement is about relationship between a mover and an outer witness, between the moving self and an inner witness, between the self and the collective, the self and the Divine. Relationship, relationship, relationship. This gift, this work, this challenge of being a person is about relationship.” (Adler 2003, 13)

“When we are present, more than the details of our personal history engraved in our body matter become evident. The details of our personal history never change, but our relationship to them can change. This changing relationship in the studio happens because of the experience of being seen, participating and belonging.” (Adler 2003, 14)

“The typical pattern of a movement session is as follows. Like Mary once did with me, I begin by asking my client if she wants a ‘movement problem’ or if she wants to move freely. If she wants a ‘problem’ to help her get started (this is often the case in the early sessions), I suggest a simple one which may lead to or simulate an authentic movement. These ‘problems’, usually related to the exploration of polarities, were a central aspect of Mary’s work. For example, I say: ‘Move, with your eyes closed, from a standing position toward the floor. Let the gravity pull you down. When you are down as far as you want to be, begin to move up. And when you are up as far as you want, begin again to move down. Continue to explore the cycle between the earth and the sky in this way.’ Often, a client gives me a clue, like ‘I feel depressed’. I might then suggest finding a way to move in which her body can feel heavy and move downward. After the client moves, we talk together about her experience and sometimes about my experience as an observer.” (Adler 1999, 125)

„Encounter is a method of human relating based on openness and honesty, self-awareness, self-responsibility, awareness of the body, attention to feelings, and an emphasis on the here-and-now. It usually occurs in a group setting. Encounter is therapy insofar as it focuses on removing blocks to better functioning. Encounter is education and recreation in that it attempts to create conditions leading to the most satisfying use of personal capacities.“ (Schutz 1972, 3)

„The giver of feedback becomes more in touch with his own fleeting responses which, under ordinary social conventions, become discarded because they are rarely verbalized. [...] The consequences are that he sets into motion ways of encountering himself more fully.“ (Stoller 1969, 89)

„Approaching a person with the intention of really being honest often reminds me of taking a cold shower. The anticipation is frightening, the initial impact, shocking, and the outcome, refreshing, cleansing and invigorating.“ (Schutz 1972, 100)

“but it seems to me wholly unhelpful to pretend that there is a single, generic activity of psychotherapy, to which the range of existing approaches and disciplines are relatively minor variations – wrinkles and local colour applied to an activity which is fundamentally the same throughout.” (Totton 2002, 202 f.)

“uniting not around a central commonality but around the shared factor in our work that causes us to attract other people’s criticism and suspicion?” (Totton 2002, 203)

“body psychotherapy theory and clinical practice is unthought-out, a mixture of ‘whatever-works’ improvisation, emergency fixes which become permanent fixtures, and deeply embedded tradition which has come adrift from its *raison d’être*.” (Totton 2002, 214)

“the universal, sub-critical trauma of socialisation” (Totton 2002, 211).

“is more like an improvised dance where the therapist follows the client” (Totton 2002, 211).

“they are in very straightforward ways incompatible or antipathetic” (Totton 2002, 212).

“within which the three models will fall into place as three facets of a whole” (Totton 2002, 213).

“a homeland which is secure in some limited ways but also is marginal and restricted” (Totton 2002, 204).

„Certain Treatments, especially psychodynamic and experiential ones (such as BOP), cannot be tested with clinical trials due to the very nature of their intervention strategies.“ (Röhrich 2009, 143)

„easier to evaluate experimentally because they contact less complex levels of psyche, but their procedures are not necessarily more scientific.“ (Heller 1997)

„I do not believe individual lives are comparable. I do not believe that any experiment that compares the results of Person A, who has been in therapy, with Person B, who has not been in therapy, with Person C, who has been in “placebo” therapy can yield data that will be meaningful to me. This is because no matter how similar Persons A,B

and C may be in terms of their presenting problems and personalities, I shall always be struck by their differences.” (Akeret 1995, 226).

„seek to justify body psychotherapy as a scientifically evidential undertaking. Again, the effect of this is the opposite of coherence: much of the theory and practice of body psychotherapy militates against such a positioning, and an attempt to achieve it involves amputating, ignoring or camouflaging aspects of our work.” (Totton 2002, 204)

„it does not address the fundamental question, whether or not body psychotherapy, or psychotherapy in general, should be conceived of as a scientific enterprise (nor, indeed, on which bit of science it should base itself; science is not a monolithic entity)” (Totton 2002, 204).

“a craft, an art, a spiritual or educational practice, or a form of folk-healing” (Totton 2002, 204).

“The life sciences in general and the sciences of physiology, psychology, and medicine in particular lack valid grounds for what they assert to be established fact and sound prizing exactly to the degree that they ignore, wilfully or innocently, first-person-data. To avoid evidence that is ‘phenomenological’ or ‘subjective’ is unscientific. To dismiss such data as irrelevant and / or unimportant is irresponsible.” (Hanna 1995, 343)

“California Institute of Integral Studies (CIIS) is an accredited institution of higher learning and research committed to integrating mind, body, and spirit in service to individuals, communities, and the Earth.” (CIIS 2003, 3)

„The Somatic Psychology Program is defined by its unique integration of various Western and non-Western philosophic and spiritual traditions. This integral approach challenges the separation of body, mind and spirit that has dominated Western psychotherapy.” (CIIS 2003, 19)

„The Somatic Psychology Curriculum has three objectives: to give students a comprehensive knowledge base in both counseling psychology in general and somatic approaches to psychotherapy; to assist students in developing their skills as counselors; and to encourage students in the personal development of sensitivity, feeling, and self-knowing required in the practice of psychotherapy.” (CIIS 2008, 57)

“Given the experiential dimension of the program, it is necessary that applicants be emotionally stable. Students must be able to cope with both the strong feelings that often emerge from somatics and the rigors of intellectual work.” (CIIS 2009)

“For instance, if the process worker ... amplifies a client’s repeated tendency to stretch, yawn and groan, specific postures from ancient yoga and modern bioenergetics appear as part of a fluid flow of events.” (Totton 2002, 208 zitiert aus: Mindell 1989, 8)

„Naropa recognizes the inherent goodness and wisdom of each human being. It educates the whole person, cultivating academic excellence and contemplative insight in order to infuse knowledge with wisdom. The University nurtures in its students a lifelong joy in learning, a critical intellect, the sense of purpose that accompanies compassionate service to the world, and the openness and equanimity that arise from authentic insight and self-understanding.” (Naropa 2009)

„Education plays a vital role – not only in our ways of thinking, in our outlook on life, and in our sense of values, but also in our actual behavior. This is the meaning of

integral education – education which is based upon the concept of the total human and education which is based upon the total human situation, the global situation.” (Chaudhuri 2009)

“should engage in the public sphere in terms of discussing, debating and challenging the key moral, political, cultural and scientific issues of the day” (Mac Labhrainn 2009, 42)

“it is not primarily our heads that have to learn body psychotherapy, but our hearts, our guts and our hands. In many ways our heads have to learn to get out of the way, at least for the first couple of years of training; after that, they play a vital role in helping us make sense of all the new experiences we have had.” (Totton 2002, 215)

„Most of the time [...] it carries me along at a steady rate of swing and I have the feeling that I'm in control of my life.” (Parry 1997).

„I have noticed that, in our culture, this transition zone is looked upon as a ‚no-thing‘, a no-place between places. Sure, the old trapeze-bar was real, and that new one coming towards me, I hope that's real too. But the void in between? That's just a scary, confusing, disorienting ‚nowhere‘ that must be gotten through as fast and as unconsciously as possible. What a waste! I have a sneaking suspicion, that the transition zone is the only real thing, and the bars are illusions we dream up to avoid the void, where the real change, the growth occurs for us.” (Parry 1997).

“I feel enlivened in so many parts of my life by what I'm learning. My time here has deepened my experience of being a therapy client too. Sometimes I'm ripped open by the deep experiential stuff, but in the Somatics program I feel like we get support when we're feeling ‚freaked out‘. No one is expected to keep it together all the time because some of the learning we do ends up being so personal. But then it's cyclical. You may feel very raw emotions, but gradually see those emotions shift, resulting in change and amazing insights. That's a pretty profound piece of my learning here.” (Blackman 2009)

“One of the most special aspects of this program has been the sense of collaboration I feel with my classmates and my teachers. We are in a rigorous training atmosphere where the opportunity to learn and grow is in every moment. I feel as though we all work together to get the most out of our time here.” (Chambers 2009)

ii Fragebogen der Bedarfsanalyse

1. Wie wichtig finden Sie die Körperpsychotherapie (KPT) für die Psychosomatik? (1 = unwichtig, 10 = sehr wichtig)
2. Für wie wichtig erachten Sie eine fachspezifische, akademische Ausbildung der Körperpsychotherapeuten? (1 = unwichtig, 10 = sehr wichtig)
3. Würden Sie einen akademischen Körperpsychotherapeuten einem nicht-akademischen bei der Einstellung neuer Mitarbeiter vorziehen? (ja / nein)

Die Absolventen des geplanten Masterstudiums *Körperpsychotherapie* hätten folgende Ausbildung:

- Bachelorabschluss in z. B. Psychologie, Pädagogik oder Sportwissenschaft als Voraussetzung
- Zweijähriges universitäres Masterstudium *Körperpsychotherapie* inklusive Selbsterfahrung und Supervision
- Klinisches Jahr nach Masterabschluss als *Körperpsychotherapeut im Praktikum* (KIP) mit begleitender Weiterbildung im An-Institut der Universität

Wenn NEIN, könnten Sie kurz mit Stichworten begründen, warum nicht?

iii Auswertung der Bedarfsanalyse (SPSS-Tabellen)

Tabelle 1:
Deskriptive Statistiken der drei Frageitems

		Frage 1	Frage 2	Frage 3
<i>N</i>	gültig	31	31	31
	fehlend	1	1	1
Mittelwert		9,16	7,74	1,23
Median		10,00	8,00	1,00
Modus		10	10	1
Standardabweichung		1,186	1,843	,425
Varianz		1,406	3,398	,181
Minimum		6	5	1
Maximum		10	10	2

Anmerkung: *N* = Anzahl der Fragebögen

Tabelle 2:
Häufigkeiten Frage 1

		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
gültig	6	1	3,2	3,2
	7	2	6,5	9,7
	8	7	22,6	32,3
	9	2	6,5	38,7
	10	19	61,3	100,0
	gesamt	31	100,0	

Tabelle 3:**Häufigkeiten Frage 2**

		Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
gültig	5	5	16,1	16,1
	6	4	12,9	29,0
	7	5	16,1	45,2
	8	6	19,4	64,5
	9	2	6,5	71,0
	10	9	29,0	100,0
	gesamt	31	100,0	

Tabelle 4:**Interkorrelationsmatrix der drei Fragen mit Signifikanzen**

N = 31			Frage 3	Frage 1	Frage 2
Korrelation	nach	Frage 3	1.000		
Pearson (<i>r</i>)		Frage 1	.124	1.000	
		Frage 2	-.476	-.194	1.000
Signifikanz (<i>p</i>)		Frage 3			
		Frage 1	.254		
		Frage 2	.003	.148	

Tabelle 5:**Kennwerte der multiplen Regression mit den beiden Prädiktoren Frage 1 und Frage 2**

Modell: $R = .477$ $R^2 = .228$ $p = .027$

	<i>B</i>	Standardfehler	β	Signifikanz (<i>p</i>)
(Konstante)	1,957	,686		,008
Frage 1	,012	,061	,033	,848
Frage 2	-,108	,039	-,470	,010

Anmerkung:

***B* = unstandardisiertes Regressionsgewicht, β = standardisiertes Regressionsgewicht**

iv Literaturverzeichnis

Adler, J. (1999): Integrity of Body and Psyche: Some Notes on Work in Process. In: Pallaro, P. (Hrsg.): Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodrow. London: Jessica Kingsley Publishers 1999, 121–131.

Adler, J. (2003): From autism to the discipline of Authentic Movement. In: American Journal of Dance Therapy, Vol. 25, Nr.1, 5-16.

Akeret, R. (1995): Tales from a traveling couch. A psychotherapist revisits his most memorable clients. New York: Norton.

Alexandridis, K. (2005): Bewegungstherapie und Bulimia Nervosa. Dissertation, Deutsche Sporthochschule Köln. Berlin: Verlag dissertation.de.

American Psychiatric Association (APA) (2000): DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC.

Aucouturier, B. (2006): Der Ansatz Aucouturier – Handlungsfantasmen und psychomotorische Praxis. Bonn: Projecta Verlag.

Balgo, R. (1998): Bewegung und Wahrnehmung als System. Systemisch-konstruktivistische Positionen in der Psychomotorik. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Balgo, R. (2003): Systemische Positionen im Kontext der Motologie. In: Köckenberger, H. / Hammer, R.: Psychomotorik - Ansätze und Arbeitsfelder. Ein Lehrbuch. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 187-222.

Bateman, A. / Fonagy, P. (2008): 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. In: *American Journal of Psychiatry*, Nr. 165, 631-638.

Bauer, J. (2006): Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München: Heyne.

Beaumont, H. (1986): Gestalttherapie ist mehr als Fritz Perls. In: *Psychologie heute*, Jg. 7, Nr. 86, 28-35.

Becker, H. (1997): Konzentrierte Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess. Gießen: Psychosozial, 3. Auflage.

Becker, H. (2006): Körperpsychotherapie, ein Königsweg zum psychosomatisch Kranken. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 759-767.

Bentzen, M. (2006): Formen des Erlebens: Neurowissenschaft, Entwicklungspsychologie und somatische Charakterbildung. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 304-328.

Biedermann, I. / Jobst, A. (Hrsg.) (1993): Praxiserfahrungen im Studium. Innovative Lehr- und Lernformen zur Verknüpfung von Theorie und Praxis an der Universität. In: *Zeitschrift für Hochschuldidaktik*, Jg. 17, Nr.1.

Blackman (2009): Kommentar in: http://www.ciis.edu/students/blackman_profile.html [Zugriff am 20.6.09].

Boadella, D. (1981): Wilhelm Reich. Bern und München: Scherz Verlag.

Boadella, D. (1996): Streß- und Charakterstruktur. In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.): Der Körper in der Psychotherapie. Basel: Schwabe, 36-89.

Boadella, D. (1998): Spiritualität in der Psychotherapie. In: *Energie und Charakter*, Bd. 17.

Boadella, D. (2000): David Boadella über Frank Röhrich: Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. In: *Energie und Charakter*, Bd. 31, 144-148.

Boadella, D. (2006): Soma-Semantik – Bedeutungen des Körpers. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 208-215.

Böttcher, G. (1989): Ein Ende mit der Laienanalyse. Vortrag beim berufspolitischen Tag der DGPP, 5.10.89.

Bosák, C. K. / Jack, M. (2006): Ergebnisse der Tanztherapie sowie der dynamischen Bewegungsmeditationen in der Psychosomatischen Klinik. In: *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, Jg. 17, Nr. 3, 136-145.

Brake, R. (2002): Die Funktion von Selbsterfahrung im Studium der Sozialen Arbeit. Lage: Verlag Hans Jacobs.

Bremer, C. (2005): eLearning als Hintertür der Hochschuldidaktik? oder: neue Chance der Teilnehmerzentrierung. In: Welbers, U. / Gauss, O. (Hrsg.): The Shift from Teaching to Learning. Reihe Blickpunkt Hochschuldidaktik, 116, Bielefeld: Bertelsmann, 50-55.

Breuer, J. / Freud, S. (1997): Studien über Hysterie. 3. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.

Brocher, T. H. (1984): Am Anfang war die Couch: Freuds Psychoanalyse. Aus der Reihe: Wege zum Menschen. WDR Köln.

Brockhaus (2003): Der große Brockhaus in einem Band. Leipzig: F. A. Brockhaus.

Bucher, A. (2007): Psychologie der Spiritualität. Handbuch. Weinheim: Beltz.

Budjahn, A. (1997): Die psycho-somatischen Verfahren. Konzentrierte Bewegungstherapie und Gestalttherapie in Theorie und Praxis. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Bülow-Schramm, M. (2008): Hochschuldidaktische Prüfungskritik revisited unter Bologna-Bedingungen. In: Dany, S. / Szczyrba, B. / Wildt, J. (Hrsg.): Prüfungen auf die Agenda! Hochschuldidaktische Perspektiven auf Reformen im Prüfungswesen. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 118. Bielefeld: Bertelsmann, 27-44.

- Büntig, W. E. (1993): Bioenergetik. In: Seifert, T. / Waiblinger, A.: Die 50 wichtigsten Methoden der Psychotherapie, Körpertherapie, Selbsterfahrung und des geistigen Trainings. Stuttgart: Kreuz Verlag, 77-84.
- Büntig, W. E. (2006a): Das Werk von Wilhelm Reich. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 41-60.
- Büntig, W. E. (2006b): Zur Dimension des Seins in der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 943-952.
- Bundesministerium für Gesundheit (1998): Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) vom 18. Dezember 1998.
- Burn, H. (1987): The movement behaviour of anorectics. The control issue. In: *American Journal of Dance Therapy*, Nr. 10, 54-76.
- Caldwell, C. (2006): Bewegung als Psychotherapie und in der Psychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 430-441.
- Capra, F. (1983): Der kosmische Reigen: Physik und östliche Mystik – ein zeitgenössisches Weltbild. München: O. W. Barth.
- Capra, F. (1985): Wendezeit: Bausteine für ein neues Weltbild. Bern: Scherz Verlag.
- Chambers (2009): Kommentar in: http://www.ciis.edu/students/chambers_profile.html [Zugriff am 20.6.09].
- Chaudhuri, H. (2009): www.edu/about/integraleducation [Zugriff am 15.3.2009]. Aus: Chaudhuri (1989): Evolution of Integral Consciousness. Adyar / India: Quest books.
- Choi-Kain, L. W. / Gunderson, J. G. (2008): Mentalization: Ontogeny, Assessment and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. In: *American Journal of Psychiatry*, Nr. 165, 1127-1135.
- CIIS (2003): CIIS - School of Professional Psychology (Werbebroschüre). 1453 Mission Street, San Francisco, CA.
- CIIS (2007): California Institute of Integral Studies. Somatic Psychology Student Handbook 2007 – 2008. 1453 Mission Street, San Francisco, CA.
- CIIS (2008): California Institute of Integral Studies. Academic Catalog 2008 – 2009. 1453 Mission Street, San Francisco, CA.
- CIIS (2009): Somatic Psychology: Admission to the Program. In: http://www.ciis.edu/academics/som_admission.html [Zugriff am 1.5.09].
- Conger, J. P. (1994): The Body in Recovery – Somatic Psychotherapy and the Self. Berkeley: North Atlantic Books.
- Cornell, W. F. (2006): Das Feld der Erotik – Sexualität in der körperorientierten Psychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 709-718.

Cornell, W. F. (2008): Self in Action: The Bodily Basis of Self-Organization. In: Anderson, F. S. (Hrsg.): Bodies in treatment. New York: The Analytic Press, 29-50.

Damasio, A. R. (2003): Der Spinoza-Effekt: Wie Gefühle unser Leben bestimmen. München: Ullstein.

Dany, S. / Szczyrba, B. / Wildt, J. (2008): Einleitung: Prüfungen auf die Agenda! In: Dany, S. / Szczyrba, B. / Wildt, J. (Hrsg.): Prüfungen auf die Agenda! Hochschuldidaktische Perspektiven auf Reformen im Prüfungswesen. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 118. Bielefeld: Bertelsmann, 5-10.

Dautel, U. (2008): Entwicklung der Bewegungstherapie in der Münsterklinik Zwiefalten in den letzten 20 Jahren. Vortrag auf der Tagung „Bewegungstherapie in der Psychiatrie“, ZfP Münsterklinik Zwiefalten, 25.4.2008.

Deikman, A. J. (1982): Therapie und Erleuchtung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie – Leitlinien für die Praxis. München: Kösel-Verlag.

DUDEN (2007): Etymologie - Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache. Mannheim: Dudenverlag.

Dürckheim, K. G. (1954): Durchbruch zum Wesen. Aufsätze und Vorträge. Zürich: Max Niehans Verlag.

Dürckheim, K. G. (1973): Hara – Die Erdmitte des Menschen. Weilheim: Barth Verlag.

Dürckheim, K. G. (1977): Der Alltag als Übung – Vom Weg zur Verwandlung. Bern: Verlag Hans Huber.

EABP (2009a): Strasbourg Declaration on Psychotherapy of 1990. In: www.psychother.com/eap/stras-decl.htm [Zugriff am 15.3.09].

EABP (2009b): The European Certificate for Psychotherapy. In: www.europsyche.org/download/EAP_ECP_Statutes_February_2006_FINAL.pdf [Zugriff am 1.5.09].

EABP (2009c): Professional Development. In: EABP Newsletter (Summer 2009), 18-21. www.eabp.org [Zugriff am 1.11.2009].

Eberding, A. (1995): Zum Umgang mit Fremdem in der psychosozialen Beratungspraxis. In: Koch, E. / Özek, M. / Pfeiffer W. (Hrsg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Freiburg im Breisgau: Herder, 267-276.

Ebert, D. (2008): Psychiatrie systematisch. Bremen: UNI-MED Verlag.

Eberwein, W. (2009): Humanistische Psychotherapie. Stuttgart: Thieme.

Eckert, A. (2006): Körperpsychotherapie und Psychomotorik – Möglichkeiten und Chancen einer Annäherung. In: Fischer, K. (Hrsg.): Bewegung in Bildung und Gesundheit. Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien, 346-354.

Eckert, A. (2009a): Körperpsychotherapie und Psychomotorik – Annäherungen, gemeinsame und getrennte Wege. Vortrag auf der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“. 16. Mai 2009, Philipps-Universität Marburg (Videomitschnitt mit Genehmigung der Referentin).

Eckert, A. (2009b): Redebeitrag zur Podiumsdiskussion der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“. 16. Mai 2009, Philipps-Universität Marburg (Videomitschnitt mit Genehmigung der Referentin).

Eckert, J. (2002): Gesprächspsychotherapie – Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. In: *Psychotherapeut*, Nr. 47, 331-332.

Eggert, D. (Hrsg.) (1975): Psychomotorisches Training. Weinheim, Basel: Beltz.

Eggert, D. / Kiphard J. (1972): Die Bedeutung der Motorik für die Entwicklung normaler und behinderter Kinder. Schorndorf: Hofmann-Verlag.

Ehrensperger, T. (1996): Psychosomatische Medizin und bioenergetische Analyse. In: Hoffmann-Axthelm, D. (Hrsg.): Der Körper in der Psychotherapie. Basel: Schwabe, 156-178.

Elten, J. A. (1980): Ganz entspannt im Hier und Jetzt - Tagebuch über mein Leben mit Bhagwan in Poona. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Erikson, E. H. (1999): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett.

Erikson, E. H. (2003): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt / Main: Suhrkamp.

Ernst, H. / Nuber, U. (1992): Stichwort Psychotherapien. München: Wilhelm Heyne Verlag.

Farau, A. / Cohn, R. C. (1984): Gelebte Geschichte der Psychotherapie: Zwei Perspektiven. Stuttgart: Klett.

FAZ (2007): Lob der Unordnung. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 28. März 2007.

FAZ (2008a): Wohl dem, der wohlbehütet aufwächst. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 20. März 2008.

FAZ (2008b): Bologna-Prozess gescheitert. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 5. September 2008.

Federschmidt, H. (1996): Psychosomatik und Psychotherapie: Wirksamkeit und Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 93, Nr. 1-2.

Fernandez, F. / Turon, J. / Siegfried, J. / Meermann, R. / Vallejo, J. (1995): Does additional body therapy improve the treatment of anorexia nervosa? A comparison of two approaches. In: *Eating Disorders: The Journal of Treatment*, 3, 158-164.

Franz, V. (2005): Skript zur Vorlesung Emotion und Motivation, SS 2005, Justus-Liebig Universität Gießen.

- Frei, A. (2004): Der volkswirtschaftliche Nutzen der Psychotherapie. In: Vogel, H. / Wasem, J. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer.
- Frei, A. (2005): Gesundheitsökonomie in Psychiatrie und Psychotherapie - Kontra. Psy & Psy Kongressband, 45-46.
- Freud, S. (1950): Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Frankfurt / Main: Fischer.
- Freud, S. (1999): Gesammelte Werke. Bd. I – XVIII. Frankfurt / Main: Fischer.
Bd. I: Werke aus den Jahren 1892-1899: Charcot, 21-35.
Bd. X: Werke aus den Jahren 1913-1917
Bd. XII: Werke aus den Jahren 1917-1920
Bd. XIII: Das Ich und das Es, 246-255.
Bd. XIII: Kurzer Abriss der Psychoanalyse, 405-427.
Bd. XIV: Werke aus den Jahren 1925 – 1931: Die Frage der Laienanalyse, 279-286.
- Führ, C. / Furck, C.-L. (1998): Handbuch der deutschen Bildungsgeschichte Bd. VI, 1. Teil, München: Verlag C. H. Beck.
- Fürstenau, P. (1994): Entwicklungsförderung durch Therapie – Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Galuska, J. / Galuska, D. (2006): Körperpsychotherapie im Spektrum des Strukturniveaus. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 585-597.
- Garner, M. et al. (2009): Research in anxiety disorders: From the bench to the bedside. In: *European Neuropsychopharmacology*, 19, 381-390.
- Gavrandiou, M. / Abdallah-Steinkopf, B. (2007): Brauchen Migrantinnen und Migranten eine andere Psychotherapie? In: *Psychotherapiejournal*, Nr. 4, 353-360.
- Gay, P. (1989): Freud. Eine Biographie für unsere Zeit. Frankfurt: Fischer.
- Geißler, P. (2000): Therapeutische Wirkfaktoren aus der Sicht analytischer Körperpsychotherapie. In: Hochgerner, M., Wildberger, E. (Hrsg.): Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifische Denkweisen. Wien: Facultas, 382-423.
- Geißler, P. (2006): Körperpsychotherapie im Überblick: Historische Wurzeln und gegenwärtige Entwicklungen. In: *PiD*, Jg. 7, Nr. 2, 119-126.
- Geißler, P. / Heisterkamp, G. / Moser, T. (2007): Überlegungen zur Erfassung des körperlichen Geschehens in der Weiterbildung zum Psychoanalytiker. In: Geißler, P. / Heisterkamp, G. (Hrsg.): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum Körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Wien, New York: Springer, 585 – 593.
- Geißler, P. / Heisterkamp, G. (Hrsg.) (2007): Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum Körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Therapie. Wien, New York: Springer.

- Gendlin, E. (2007): Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag. Stuttgart: Klett.
- Geuter, U. (1996): Körperbilder und Körpertechniken in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeut*, Jg. 41, Nr. 2.
- Geuter, U. (1998): Vortrag auf dem 1. Kongress zur Körperpsychotherapie der DGK, Berlin 1998.
- Geuter, U. (1999a): Die Psychotherapie und die Politik – Anmerkungen zum neuen Psychotherapeutengesetz. In: *Psychotherapeut*, Nr. 44, 322-326.
- Geuter, U. (1999b): Eine Psychotherapie, die berührt – Streit um den körperlichen Ausdruck von Gefühlen bei der Behandlung von seelisch Kranken. In: *Süddeutsche Zeitung*, 12. Oktober 1999.
- Geuter, U. (2000a): Historischer Abriss zur Entwicklung der körperorientierten Psychotherapie. In: Röhrich, Frank: Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 53-76.
- Geuter, U. (2000b): Wege zum Körper. In: *Krankengymnastik*, Jg. 52, Nr. 7, 1175-1183 & 1346-1351.
- Geuter, U. (2002): Körperpsychotherapie als Behandlungsmethode in der stationären psychodynamischen Psychotherapie psychosomatischer Patienten. In: *Psychotherapeuten Forum*, Jg. 9, Nr. 3, 5-8.
- Geuter, U. (2004): Körperpsychotherapie und Erfahrung. In: *Report Psychologie*, Jg. 29, Nr. 2, 98-111.
- Geuter, U. (2006a): Körperpsychotherapie – Teil I. In: *Psychotherapeutenjournal*, Nr. 2, 116-122.
- Geuter, U. (2006b): Geschichte der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 17-32.
- Geuter, U. (2009a): Redebeitrag zur Podiumsdiskussion der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“. 16. Mai 2009, Philipps-Universität Marburg (Videomitschnitt mit Genehmigung des Referenten).
- Geuter, U. (2009b): Helfen Pillen gegen die Schwermut? In: *Psychologie heute*, Jg. 36, Nr. 7, 42-45.
- Gottwald, C. (2006): Neurobiologische Perspektiven zur Körperpsychotherapie. In : Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 119-137.
- Grand, I. (2008): Body, Culture and Psyche – Towards an Embodied Sociocultural Psychotherapy. In: *The Journal*, Vol VIII, No.1.
- Grand, I. (2009): Telefongespräch 31.8.2008.
- Grawe, K. / Donati, R. / Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

- Green, H. (1995): Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen: Bericht einer Heilung. Augsburg: Weltbild Verlag.
- Groeger, W. M. (2006): Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor - / Masterstudienreform. In: *Psychotherapeutenjournal*, Nr. 4, 340-352.
- Grof, S. (1994): Das Abenteuer der Selbstentdeckung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Gruen, A. (1986): Verrat am Selbst – Die Angst vor Autonomie bei Mann und Frau. München: dtv.
- Gruen, A. (2008): Der Fremde in uns. Stuttgart: Klett.
- Gubitzer, L. / Novy, A. (1993): Erlebnis und Erkenntnis. Dimensionen universitären Lehrens und Lernens während einer Exkursion im Bereich der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. In: Biedermann, I. / Jobst, A.: Praxiserfahrungen im Studium. Innovative Lehr- und Lernformen zur Verknüpfung von Theorie und Praxis an der Universität. In: *Zeitschrift für Hochschuldidaktik*, Jg. 17, Nr.1, 52-71.
- Gudat, U. (1997): Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie. Anwendungsbereiche und Wirkungen. In: *Psychotherapie Forum*, Nr. 5, 28-37.
- Hakomi (2009): www.hakomi.de/content/79/38 [Zugriff am 15.3.09].
- Hall, R. (1997): The Lomi School. In: Johnson, D. H. (Hrsg.): Groundworks. Narratives of Embodiment. Berkeley: North Atlantic Books, 115-134.
- Hammer, R. (2004): Menschenbilder. In: Eckert, A. / Hammer, R. (Hrsg.): Der Mensch im Zentrum. Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien.
- Hanna, T. (1995): What is Somatics? In: Johnson, D. H. (1995): Bone, breath and gesture. Berkeley: North Atlantic Books, 339-352.
- Hees, F. / Hermanns, A. / Huson, A. (2008): Prüfungserstellung mit Total Quality Management (TQM). In: Dany, S. / Szczyrba, B. / Wildt, J. (Hrsg.): Prüfungen auf die Agenda! Hochschuldidaktische Perspektiven auf Reformen im Prüfungswesen. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 118. Bielefeld: Bertelsmann.
- Heim, C. / Nemeroff, C. B. (2001): The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. In: *Biol. Psychiatry*, Nr. 49, 1023-1039.
- Heisterkamp, G. (2006): Selbst und Körper. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 281-289.
- Heller, M. (1997): Proposition for scientific requirements made to schools, EAP Congress, Rome 1997.
- Hölter, G. (1993): Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. In: Ders.: Mototherapie mit Erwachsenen. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Hölter, G. (2008): Klinische Bewegungstherapie im internationalen Kontext. Vortrag auf der Tagung „Bewegungstherapie in der Psychiatrie“, ZfP Münsterklinik Zwiefalten, 25.4.2008.

Huber, L. (2008): ‚Kompetenzen‘ prüfen? In: Dany, S. / Szczyrba, B. / Wildt, J. (Hrsg.): Prüfungen auf die Agenda! Hochschuldidaktische Perspektiven auf Reformen im Prüfungswesen. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 118. Bielefeld: Bertelsmann, 12-26.

Hutterer, R. (1998): Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien / New York: Springer.

Jacoby, H. (1983): Jenseits von „Begabt“ und „Unbegabt“. Zweckmäßige Fragestellung und zweckmäßiges Verhalten. Schlüssel für die Entfaltung des Menschen. Hamburg: Christians Verlag.

Jadin, T. / Richter, C. / Zöserl, E. (2008): Formelle und informelle Lernsituationen aus Sicht österreichischer Studierender. In: Zauchner, S. / Baumgartner, P. / Blaschitz, E. / Weissenböck, A. (Hrsg.): Offener Bildungsraum Hochschule. Freiheiten und Notwendigkeiten. Medien in der Wissenschaft, Bd. 48. Münster: Waxmann, 169-180.

Janov, A. (1971): Anatomie der Neurose – Die wissenschaftliche Grundlegung der Urschrei-Therapie. Frankfurt / Main: Fischer.

Janta, B. (2008): Persönliches Interview mit der Autorin am 7.7.08, Psychosomatische Klinik Wittgenstein, Ev. Johanneswerk, Bad Berleburg. (Tonbandmitschnitt)

Jaspers, K. (1961): Die Idee der Universität. In: Jaspers, K. / Rossmann, K.: Die Idee der Universität. Für die gegenwärtige Situation entworfen. Berlin: Springer, 41-165.

Jeismann, K.-E., Lundgreen, P. (1998): Handbuch der deutschen Bildungsgeschichte, Bd. III. München: Verlag C. H. Beck.

JFK (2009): www.jfku.edu/about/mission [Zugriff am 15.3.09].

Johnson, D. (2006): Der Vorrang des erfahrungsorientierten Vorgehens in der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 91-99.

Johnson, D. H. / Grand, I. (1998): The Body in Psychotherapy – Inquiries in Somatic Psychology. Berkeley: North Atlantic Books.

Jung, C. G. (1988): Welt der Psyche. Frankfurt / Main: Fischer.

Jung, C. G. (1989): Nietzsche's Zarathustra. London: Routledge.

Kandel, E. (2006): Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Frankfurt / Main: Suhrkamp.

Kandel, E. (2008): Im Bann des Gedächtnisses: Die Entstehung einer neuen Biologie des Geistes. Wien: Picus Verlag / Wiener Vorlesungen.

Karsten, G. / Fischer, M. / Illert, M. (2007): CliSO: Klinische Fertigkeiten online lernen. In: Merkt, M. / Mayrberger, K. / Schulmeister, R. / Sommer, A. / van den Berg, I.:

Studieren neu erfinden – Hochschule neu denken. Medien in der Wissenschaft, Bd. 44, 410.

Kaube, J. (2008): Die Marburger Epoche der Universitätsgeschichte. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 15. Oktober 2008.

Kernberg, O. (2008): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern: Huber.

Keßler, U. et al (2007): Erstellung und Einsatz multimedialer Fälle in der Psychiatrie im Reformstudiengang Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin. In: Merkt, M. / Mayrberger, K. / Schulmeister, R. / Sommer, A. / van den Berg, I.: Studieren neu erfinden – Hochschule neu denken. Medien in der Wissenschaft, Bd. 44, 411.

Kiphard, E. J. / Hünnekens, H. (1961): Bewegung heilt. Gütersloh: Flöttmann Verlag.

Kiphard, E. J. (1989): Psychomotorik in Praxis und Theorie. Gütersloh: Flöttmann Verlag.

Koemeda-Lutz, M. / Weiss, H. et al. (2006): Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (Psychother.Psych.Med.)*, Nr. 56, 1-14.

Köth, A. (2008): Psychotherapie ist keine Behandlung. Frankfurt: VAS.

Konzag, T. A. / Klose, S. / Bandemer-Greulich, U. / Fikentscher, E. / Bahrke, U. (2006): Stationäre körperbezogene Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. In: *Psychotherapeut*, Nr. 51, 35-42.

Krieg, J. C. (2005): Vorlesung Erwachsenenpsychiatrie SS 2005 (Mitschrift), Philipps-Universität Marburg.

Krus, A. (2004): Mut zur Entwicklung: Das Konzept der psychomotorischen Entwicklungstherapie. Schorndorf: Hofmann.

Kultusministerium (2005): Ländergemeinsame Strukturvorgaben gemäß § 9 Abs. 2 HRG für die Akkreditierung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 10.10.2003 i.d.F. vom 22.9.2005.

Kurtz, R. (1994): Hakomi – Eine körperorientierte Psychotherapie. München: Kösel.

Lahmann, C. / Witt, S. / Schuster, T. / Sauer, N. / Ronel, J. / Noll-Hussong, M. et al. (2009): Functional relaxation as complementary therapy in asthma: a randomized, controlled, clinical trial. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 233-239.

Langfeld, H. / Rellensmann, D. (2006): Genealogie der Körperpsychotherapie – eine graphische Darstellung. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 76-86.

Laske, S. / Welte, H. (1993): Unternehmensanalyse-Seminare als Spurensuche – Ein Ansatz für ein lebendiges Lernen. In: Biedermann, I. / Jobst, A. (Hrsg.): Praxiserfahrungen im Studium. Innovative Lehr- und Lernformen zur Verknüpfung von Theorie und Praxis an der Universität. *Zeitschrift für Hochschuldidaktik*, Jg. 17, Nr. 1, 9-22.

Lausberg, H. (1998): Does movement behaviour have differential diagnostic potential? Discussion of a controlled study on patients with anorexia nervosa and bulimia. In: *American Journal of Dance Therapy*, 20, 85-99.

Lausberg, H. / von Wietersheim, J. / Feiereis, H. (1996): Movement behaviour of patients with eating disorders and inflammatory bowel disease: a controlled study. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 272-276.

Leichsenring, F. (2004): The Efficacy of Short-term Psychodynamik Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. In: *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 61, 1208-1216.

Leonard, G. (1974): The ultimate athlete. New York: The Viking Press.

Loew, T. H. / Sohn, R. / Martus, P. / Tritt, K. / Rechlin, T. (2000): Functional relaxation as a somatopsychotherapeutic intervention: a prospective controlled study. In: *Alternative Therapie in Health and Medicine*, 6, 70-75.

Loew, T. H. / Tritt, K. (2006): Empirische Forschung in der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 625-630.

Lowen, A. (1981): Körperausdruck und Persönlichkeit – Grundlagen und Praxis der Bioenergetik. München: Kösel-Verlag.

Lowen, A. (1988): Bioenergetik. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Lowen, A. (1991): Die Spiritualität des Körpers – Innere Harmonie durch Bioenergetik. München: Wilhelm Heyne Verlag.

Lück, H. E. (1991): Geschichte der Psychologie: Strömungen, Schulen, Entwicklungen. Bd. 1. In: Selg, H. / Ulich, D. (Hrsg.): Grundriss der Psychologie. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Lütkehaus, L. (2006): Freud und sein Jahrhundert. Neuerscheinungen zu seinem 150. Geburtstag. In: Rezensionenforum Literaturkritik, Nr. 5, www.literaturkritik.de/public/rezension.php?rez_id=9420&ausgabe=20060 [Zugriff am 1.7.09].

Maaz, H.-J. (2001): Integration des Körpers in eine analytische Psychotherapie. In: Geißler, P. (Hrsg.): Psychoanalyse und Körper. Gießen: Psychosozial-Verlag, 21-36.

MacDonald, D. A. (2000): Spirituality: Description, measurement and relation to a five factor model of personality. *Journal of Personality*, Nr. 68, 153-197.

Mac Labhainn, I. (2009): From teaching to learning. Challenges for Academic Staff Development. In: Schneider, R. / Szczyrba, B. / Welbers, U. / Wildt, J. (Hrsg.): Wandel der Lehr- und Lernkulturen. 40 Jahre Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 120. Bielefeld: Bertelsmann, 42-52.

Macke, G. / Hanke, U. / Viehmann, P. (2008): Hochschuldidaktik. Lehren, vortragen, prüfen. Weinheim und Basel: Beltz.

Markowitsch, H. J. (2009): Das Gedächtnis: Entwicklung, Funktionen, Störungen. München: Verlag C. H. Beck.

Marlock, G. (1996): Weder Körper noch Geist... Einführung in die Unitive Körperpsychotherapie. Oldenburg: TransForm.

Marlock, G. (2003): Versuch über den Körper im Zeichen der Post-Moderne. Vortrag auf dem 2. Kongress der DGK, Berlin 2003 (Unveröffentlichtes Manuskript, Zitate mit Erlaubnis des Referenten).

Marlock, G. (2006a): Körperpsychotherapie – eine Traditionslinie der modernen Tiefenpsychologie. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 61-75.

Marlock, G. (2006b): Körperpsychotherapie als Wiederbelebung des Selbst – eine tiefenpsychologische und phänomenologisch-existenzielle Perspektive. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 138-151.

Marlock, G. (2006c): Sinnliche Selbstreflexivität – zum Arbeitsmodus der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 396-405.

Marlock, G. / Weiss, H. (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer.

Marlock, G. / Weiss, H. (2006a): Einführung: Das Spektrum der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 1-12.

Marlock, G. / Weiss, H. (2006b): Kap. II, Einleitung. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 89-90.

Marlock, G. / Weiss, H. (2006c): Kap. XII, Einleitung. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 883-884.

Marlock, G. / Weiss, H. (2006d): Nachwort. In: Marlock, G. / Weiss, H. (Hrsg.): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 953-954.

Masterson, J. F. (1988): The search for the real self. Unmasking the personality disorders of our age. New York: The free press.

Mattner, D. (2004): Psychomotorik aus anthropologischer Perspektive. In: Hammer, R. / Eckert, A. (Hrsg.): Der Mensch im Zentrum. Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien.

Mayrberger, K. / Merkt, M. (2008): eAssessment und Lernkulturen – ein Spagat zwischen Studienreformprozessen und Didaktik? In: Dany, S. / Szczyrba, B. / Wildt, J. (Hrsg.): Prüfungen auf die Agenda! Hochschuldidaktische Perspektiven auf Reformen im Prüfungswesen. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 118. Bielefeld: Bertelsmann, 142-158.

- McNeely, D. A. (1992): *Berührung – Die Geschichte des Körpers in der Psychotherapie*. München: Kösel Verlag.
- McWilliams, N. (1994): *Psychanalytic Diagnosis – Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York, London: The Guilford Press.
- Merleau-Ponty, M. (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: de Gruyter.
- Milch, W. (2009): Redebeitrag zur Podiumsdiskussion der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“. 16. Mai 2009, Philipps-Universität Marburg (Videomitschnitt mit Genehmigung des Referenten).
- Miller, H. (1973): *Schwarzer Frühling*. Reinbek: rororo TB.
- Mindell, A. (1989): *River's Way: The Process Science of the Dreambody*. London: Arkana.
- Mittelstraß, J. (1997): *Die Universität im System der Forschung*. Universitätsrede in Heidelberg, Dez. 1997. Aus: Spitzer, 1999, 50 f.
- Moreno, J. L. (1973): *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Morgan, M. (2006): *Das Körperunbewusste und die Neurowissenschaft*. In: Marlock, G. / Weiss, H.: *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Stuttgart, New York: Schattauer, 231-245.
- Moser, T. (1998): *Strukturen des Unbewußten: Protokolle und Kommentare*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Moser, T. (2001): *Berührung auf der Couch. Formen der analytischen Körperpsychotherapie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Münch, S. (2008): *„Ich bin doch nicht verrückt!“ – Motologisches Arbeiten mit Migranten in psychiatrischen Einrichtungen*. Masterarbeit, Philipps-Universität Marburg.
- Murphy, M. (1992): *The future of the body*. Los Angeles, USA: Jeremy P. Tarcher Inc.
- Naropa (2009): www.naropa.edu/about/mission.cfm [Zugriff am 15.3.09].
- Nestler, Eric J. (2009): *Epigenetic Mechanisms in Psychiatry*. In: *Biological Psychiatry*, Vol. 65, Issue 3, 189-190.
- Nickel, M. / Cangoez, B. / Bachler, E. / Muehlbacher, M. / Lojewski, N. / Mueller-Rabe, N. et al. (2006): *Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: A randomized, controlled study*. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 507-513.
- Ohlmeier, D. (1989): *Einleitung: Auf dem Weg zu einer psychoanalytischen Hochschule*. In: Bareuther, H. et al. (Hrsg.): *Forschen und Heilen. Auf dem Weg zu einer psychoanalytischen Hochschule*. Frankfurt / Main: Suhrkamp.
- Olbrich, D. (2004): *Kreativtherapie in der psychosomatischen Rehabilitation*. In: *Psychotherapeut*, Nr. 49, 67-70.

Ollars, L. (2005): Challenges towards a common ground of body psychotherapy – Body Psychotherapy versus the established areas of Psychology. (Vortrag auf der EABP Konferenz 2001 in Egmond-aan-Zee, Niederlande) In: EABP Newsletter, Spring 2005.

Oppl, M. (2008): Telefonisches Interview mit der Autorin am 8.7.2008 (Tonbandmitschnitt).

Orr, L. / Halbig, K. (1996): Das Rebirthingbuch. Die Kunst des Atmens. Burgrain: Koha.

Osho (2000): Autobiography of a Spiritually Incorrect Mystic. New York: St. Martin's Press.

Painter, J. W. (2006): Leben in der Vertikalen, 2006, in: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 906-914.

Parry, D. (2005): Essene Book of Days 2005, 5. Auflage. USA: Earthstewarts Network.

Perls, F. (1969): Gestalt Therapy Verbatim. USA: Real People Press.

Petzold, H. G. / Brown, G. (1975): Gestaltpädagogik. München: Pfeiffer Verlag.

Petzold, H. G. (1988): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie – Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bd. 1, 2. Auflage, Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. (1999): Gestalttherapie aus Sicht der Integrativen Therapie – Kritische Einschätzungen und Perspektiven. In: Fuhr, Reinhard (Hrsg.): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe, 309-327.

Petzold, H. G. (2002): Der „informierte Leib“ – embodied and embeded in Kontext / Kontinuum. Düsseldorf / Hückeswagen. Aus: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Bd. 7 [Zugriff am 20.11.2008].

Plessner, H. (1975): Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin / New York: de Gruyter.

Ploetz, K. von (1999): Systemische Körpertherapie als lösungsorientierte Kurzzeittherapie. In: Ressourcenorientierung / Lösungsorientierung. Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht Verlag.

Pokorny, V. (2000): Die Wirkprinzipien der Konzentrativen Bewegungstherapie. In: Hochgerner, M., Wildberger, E. (Hrsg.): Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifische Denkweisen. Wien: Facultas, 366-381.

Polenz-Michel, C. / Grassmann, H. (2006): Die Reorganistaion des Körpergedächtnis-systems. In: *Comed Online*, 12 / 06, 106-109.

PONS (2002): Großwörterbuch für Experten und Universität: Englisch. Stuttgart: Klett.

Progoff, I. (1975): At a Journal Workshop: The Basic Text and Guide for Using the Intensive Journal Process. New York: Dialogue House.

- Quitmann, H. (1996): Humanistische Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Ramachandran, V. S. (1999): Phantoms in the Brain: Human Nature and the Architecture of the Mind. New York: Harper Collins.
- Rapp, W. (1997): Ein ganzheitlicher Zugang zur Person über Psychoanalyse und analytische Bewegungs- und Tanztherapie. In: Trautmann-Voigt, S. / Voigt, B. (Hrsg.): Freud lernt laufen. Frankfurt: Brandes & Aspel, 173-212.
- Reich, W. (1966): Die sexuelle Revolution: zur charakterlichen Selbststeuerung des Menschen. Frankfurt / Main: Europäische Verlagsanstalt.
- Reich, W. (1970): Charakteranalyse. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Reich, W. (1971): Die Funktion des Orgasmus. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Reis, O. (2009): Durch Reflexion zur Kompetenz – Eine Studie zum Verhältnis von Kompetenzentwicklung und reflexivem Lernen an der Hochschule. In: Schneider, R. / Szczyrba, B. / Welbers, U. / Wildt, J. (Hrsg.): Wandel der Lehr- und Lernkulturen. 40 Jahre Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 120, 100-120.
- Reis, O. / Ruschin, S. (2008): Kompetenzorientiert prüfen – Baustein eines gelungenen Paradigmenwechsels. In: Dany, S. / Szczyrba, B. / Wildt, J. (Hrsg.): Prüfungen auf die Agenda! Hochschuldidaktische Perspektiven auf Reformen im Prüfungswesen. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 118. Bielefeld: Bertelsmann, 45-57.
- Richter, J. (2006): Theorie einer psychomotorischen Beratung mit der Familie - Entwicklungslinien und Perspektiven einer familienpsychomotorischen Methode. In: *Praxis der Psychomotorik*, Bd. 1. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Richthofen, A. v. / Lent, M. (Hrsg.) (2009): Qualitätsentwicklung in Studium und Lehre. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 119. Bielefeld, Bertelsmann.
- Röhrich, F. (2000): Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Röhrich, F. (2005): Körperpsychotherapie & Forschung: Zweckgemeinschaft, Vernunftfeie oder Praxisgemeinschaft. Vortrag auf der DGK Tagung, Frankfurt / Main, 3.12.2005.
- Röhrich, F. (2006a): Diagnostische Relevanz körperbezogener Merkmale und Prozesse in der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 543–553.
- Röhrich, F. (2006b): Körperpsychotherapie bei schweren psychischen Erkrankungen. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 723-733.
- Röhrich, F. (2009): Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. In: *Journal of Body, Movement & Dance in Psychotherapy*, Vol. 4, No. 2, 135-156.

- Röhricht, F. / Priebe, S. (2006): Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomised controlled trial. In: *Psychological Medicine*, Nr. 36, 669-678.
- Rogers, C. (1984): Freiheit und Engagement. Personenzentriertes Lehren und Lernen. München: Kösel.
- Rosenberg, J. L. (1989): Körper, Selbst und Seele. Ein Weg zur Integration. Oldenburg: TransForm.
- Rossmann, K. (1961): Von der Notwendigkeit, den Bedingungen und den Möglichkeiten der deutschen Universitätsreform. In: Jaspers, K. / Rossmann, K.: Die Idee der Universität. Für die gegenwärtige Situation entworfen. Berlin: Springer, 166-244.
- Roth, G. (2001): Fühlen, Denken, Handeln. Frankfurt / Main: Suhrkamp.
- Rowan, J. (2001): Encounter. Artikel für die: Association for Humanistic Psychology. Alameda, CA 2001. Aus: www.ahpweb.org/rowan_bibliography/chapter8.html [Zugriff am 5.1.06].
- Rümmele, E. (Hrsg.) (1990): Spektrum der Bewegungspsychotherapie – ausgewählte Behandlungsbeispiele. Bd. 1, Frankfurt / Main: H. Deutsch Verlag.
- Ruther, I. (2008): „Ein Theater ohne Theater“ – Jeux Dramatique in der sozialen Arbeit. In: Wildt, B. / Hentschel, I. / Wildt, J. (Hrsg.): Theater in der Lehre. Verfahren – Konzepte – Vorschläge. Berlin: LIT Verlag, 155-166.
- Sack, M. / Henniger, S. / Lamprecht, F. (2002): Changes of body image and body awareness in eating-disorder and non-eating disorder patients after inpatient-therapy. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 64-69.
- SBGI (2009): www.sbgj.edu/html/som1.html [Zugriff am 15.3.09].
- Schatz, D. S. (2002): Klassifikation des Körpererlebens und körperpsychotherapeutische Hauptströmungen. *Psychotherapeut*, Nr. 47, 77-82.
- Schilling, F. (1980): Das Bewegungsverhalten von Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion. *Motorik*, Nr. 3, 61-68.
- Schilling, F. (1981): Grundlagen der Motopädagogik. In: Clauss, A. (Hrsg.): Förderung entwicklungsgefährdeter und behinderter Heranwachsender. Erlangen: Perimed.
- Schilling, F. (2003): Die Entwicklung der Psychomotorik und Motologie in Deutschland sowie ihr entwicklungsförderndes Konzept. In: Weiß, O. / Ullmann, J. (Hrsg.): Motopädagogik. 2003. Wien: Facultas.
- Schmidt-Zimmermann, I. (2006): Das Spektrum körperpsychotherapeutischer Übungen und Interventionen. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 564–584.
- Schneider, R. / Szczyrba, B. / Welbers, U. / Wildt, J. (2009): Einleitung. In: Schneider, R. / Szczyrba, B. / Welbers, U. / Wildt, J. (Hrsg.): Wandel der Lehr- und Lernkulturen. 40 Jahre Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 120, 5-11.

- Schneider, W. (2006): Psychosomatik in der Arbeitswelt. In: *Psychotherapeut*, Nr. 51, 157-170.
- Schoop, T. (1991): Tanztherapie. In: Moscovici, H. K.: Vor Freude tanzen, vor Jammer in Stücke gehen: Pionierinnen der Körpertherapie. Hamburg: Luchterhand-Literaturverlag.
- Schütz, M. / Skowronek, H. / Thieme, W.: Prüfungen als hochschuldidaktisches Problem. Ergebnisse und Materialien eines Expertenseminars in Hamburg-Rissen, 31.1. – 2.2.1969. Zitiert aus: Welbers 2009a, 237.
- Schutz, W. C. (1972): Elements of Encounter - A bodymind approach. Big Sur / California: Joy Press.
- Seewald, J. (1992): Vorläufiges zu einer „Verstehenden Motologie“. In: *Motorik*, Nr. 15, 204-221.
- Seewald, J. (1993): Entwicklungen in der Psychomotorik. In: *Praxis der Psychomotorik*, Jg. 18, Nr. 4, 188-193.
- Seewald, J. (1996a): Perspektiven der Motologie (?) – Standortbestimmung und Zukunftsaufgaben. In: *Motorik*, Nr. 19, 238-256.
- Seewald, J. (1996b): Philosophische Anthropologie – Leiblichkeit / Körperlichkeit des Menschen. In: Haag, H. (Hrsg.): Sportphilosophie. Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann, 21-56.
- Seewald, J. (2002): Psychomotorische Vorläufer in der Geschichte der Rhythmus- und Gymnastikbewegung. In: *Motorik*, Nr. 25, 26-33.
- Seewald, J. (2004): Über die Genese des „Verstehenden Ansatzes“ in der Motologie. In: Hammer, R. / Eckert, A. (Hrsg.): Der Mensch im Zentrum. Lemgo: Verlag Aktionskreis Literatur und Medien.
- Seewald, J. (2006): Medium für ganzheitliche Entwicklung. In: *Marburger Uni Journal*, Jg. 27, Nr. 10, 55-56.
- Seewald, J. (2007): Der Verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie. Lemgo: Aktionskreis Literatur und Medien.
- Seewald, J. (2009): Begrüßung und Einführung. Vortrag auf der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“. 16. Mai 2009, Philipps-Universität Marburg (Videomitschnitt mit Genehmigung des Referenten).
- Seligman, M. (2000): Die Effektivität von Psychotherapie. In: Hochgerner, M. / Wildberger, E. (Hrsg.): Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifische Denkweisen. Wien: Facultas.
- Siegel, E. V. (1984): Tanztherapie. Seelische und körperliche Entwicklung im Spiegel der Bewegung. Ein psychoanalytisches Konzept. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Siegel, E. V. (1999): Das Unbewußte als Choreograph. In: Siegel, E. V. / Trautmann-Voigt, S. / Voigt, B. (Hrsg.): Analytische Bewegungs- und Tanztherapie. München: E. Reinhard, 38-68.
- Slade, M. / Priebe, S. (2001): Are randomized controlled trials the only gold that glitters? In: *British Journal of Psychiatry*, 179, 286-287.
- Solms, M. / Turnbull, O. / Vorspohl, E. (2007): Das Gehirn und die innere Welt: Neurowissenschaft und Psychoanalyse. Düsseldorf: Patmos.
- Solotaroff, P. (1999): The group: Six People in Search of a Life. New York: Riverhead Books (Putnam).
- Spitzer, M. (1999): Die Idee der Universität. Studium als Selbsterfahrung im „Jahrzehnt des Gehirns“. Reden und Aufsätze der Universität Ulm, Heft 4, Universitätsverlag Ulm.
- Sprenger, W. (1984): Schleichwege zum Ich – Meditationsgedichte. Konstanz: Nie/nie/sagen-Verlag.
- SPSS (Statistical Package for the Social Sciences): Software von: SPSS Inc., Chicago, USA.
- Stahr, I. (2009): Academic Staff Development: Entwicklung von Lehrkompetenz. In: Schneider, R. / Szczyrba, B. / Welbers, U. / Wildt, J. (Hrsg.): Wandel der Lehr- und Lernkulturen. 40 Jahre Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 120. Bielefeld: Bertelsmann. 70-87.
- Stanford University (2008): Studie der Stanford University (USA) in Zusammenarbeit mit Yahoo Poll / Knowledge Networks zum Wahlverhalten, September 2008.
- Staunton, T. (Hrsg.) (2002): Body Psychotherapy. New York: Taylor & Francis.
- Stepansky, P. E. (2008): Preface. In: Anderson, F. S. (Hrsg.): Bodies in treatment. New York: The Analytic Press.
- Stern, D. (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. 9. Aufl., Stuttgart: Klett.
- Stewart, N. J. / McMullen, L. M. / Rubin, L. D. (2004): Movement therapy with depressed patients: A randomized multiple single case design. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 22-29.
- Stoller, F. H. (1969): A stage for trust. In: Burton, A. (Hrsg.): Encounter. USA: The Jossey-Bass Behavioral Science Series.
- Stolze, H. (2006): Bewegen – Besinnen – Begreifen – Bedeuten: Symbolisieren in der Körperpsychotherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 442-449.
- Strauß, B. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. April 2009. Aus: <http://www.bbpp.de/forschungsgutachten2009.htm> bzw. <http://www.bbpp.de/pdf-dateien/forschungsgutachten2009.pdf> [Zugriff am 3.6.09].

Streeck, U., Alberti, L., Heigl, F., Kollmann, M., Trampisch, H. J. (1986): Der lange Weg zur Psychotherapie – Zur „Patientenkarriere“ von psychoneurotisch und psychosomatisch Kranken. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, Nr. 32, 103-116.

Strotzka, H. (1978): Was ist Psychotherapie. In: Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg, 3-6.

Sude, K. / Richter, R. (2007): eLearning in Psychosomatik und Psychotherapie. In: Merkt, M. / Mayrberger, K. / Schulmeister, R. / Sommer, A. / van den Berg, I.: Studieren neu erfinden – Hochschule neu denken. Medien in der Wissenschaft, Bd. 44, 339-349.

Sugerman, D. (1997): Jim Morrison & The Doors. Die kompletten Songtexte. München: Schirmer/Mosel.

Sulz, S. (2006): Verhaltenstherapeuten entdecken den Körper. In: Marlock, G. / Weiss, H. (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 915-922.

Szczyrba, B. (2009). ‚Das Auge kann sich selbst nicht sehen.‘ Selbstevaluation mit dem Lehrportfolio. In: Richthofen, A. v. / Lent, M. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in Studium und Lehre. Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 119. Bielefeld: Bertelsmann, 158-169.

Thielen, M. (2001): Methodenvielfalt (-integration) und wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren. In: Webseite des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
http://www.vpp.org/verband/lfv/berlin/10617_statement_thielen.shtml [Zugriff am 1.5.09].

Thielen, M. (2009): Eingangsvortrag zur Podiumsdiskussion der Fachtagung „Psychomotorik meets Körperpsychotherapie“. 16. Mai 2009, Philipps-Universität Marburg (Videomitschnitt mit Genehmigung des Referenten).

Thomas, H. F. (1969): The Game of No Game. In: Burton, A. (Hrsg.): Encounter. USA: The Jossey-Bass Behavioral Science Series.

Toman, W. (1978): Tiefenpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Totton, N. (2002): The future for body psychotherapy. In: Staunton, Tree (Hrsg.): Body Psychotherapy. New York: Taylor & Francis, 202-224.

Trautmann-Voigt, S. (2003): Über die Aneignung des Körpers in der Tanztherapie und die Scham mancher Denker. In: *Psychoanalyse & Körper*, Heft II, Jg. 2, Nr. 3, 75-102.

Trautmann-Voigt, S. (2006): Tanztherapie. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 885–896.

Tschuschke, V., Kächele, H., Hölzer, M. (1994): Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? In: *Psychotherapeut*, Nr. 39, 281-297.

Ventling, C., Bertschi, H., Gerhard, U. (2006): Wirksamkeit bioenergetischer Psychotherapien bei Patienten mit bekannter ICD-10-Diagnose. In: *Psychotherapeut*, Jg. 51, Nr. 5, 346-353.

Weaver, J. O. (2006): Der Einfluss von Elsa Gindler. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 33-40.

Weber, K. / Skowronek, H. (2009): Forschendes Lernen in der Psychologie. In: Forschendes Lernen – Wissenschaftliches Prüfen. Schriften der Bundesassistentenkonferenz 5. Bielefeld: Universitätsverlag Weber, 46-48.

Wehowsky, A. (1998): Grundlagen spiritueller Entwicklung in der KPT. Vortrag vom 1. Kongreß der DGK: Perspektiven der KPT. Berlin, Mai 1998.

Wehowsky, A. (2006): Affektmotorische Schemata. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 351-361.

Weiss, H. (2006): Der erfahrende Körper. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 423-429.

Weiss, H. (2008): E-Mail an die Autorin vom 31.10.08.

Weiss, H. / Harrer, M. (2006): Der Körper und die Wahrheit. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 273-280.

Welbers, U. (2009): Humboldts Herz. Zur Anatomie eines Bildungsideals. In: Schneider, R. / Szczyrba, B. / Welbers, U. / Wildt, J. (Hrsg.): Wandel der Lehr- und Lernkulturen. 40 Jahre Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 120. Bielefeld: Bertelsmann. 21-41.

Welbers, U. (2009a): Angekommen im irgendwo. Ein hochschuldidaktischer Blick auf 40 Jahre über die Suche nach dem Punkt. In: Schneider, R. / Szczyrba, B. / Welbers, U. / Wildt, J. (Hrsg.): Wandel der Lehr- und Lernkulturen. 40 Jahre Blickpunkt Hochschuldidaktik, Bd. 120. Bielefeld: Bertelsmann, 234-237.

Whitehouse, M. (1991): C. G. Jung und Tanztherapie: Zwei Hauptprinzipien. In: Wilke, E., Hölter, G., Petzold, H. (Hrsg.): Tanztherapie. Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann, 139-164.

Whitehouse, M. (1999): An Approach to the Center: An Interview with Mary Whitehouse. In: Pallaro, P. (Hrsg.): Authentic Movement. Essays by Mary Starks Whitehouse, Janet Adler and Joan Chodrow. London: Jessica Kingsley Publishers 1999, 17-28.

Wilber, K. (1988): Das holographische Weltbild. Wissenschaft und Forschung auf dem Weg zu einem ganzheitlichen Weltverständnis. Bern: Scherz.

Wilber, K. (2001): Integrale Psychologie. Freiamt: Arbor Verlag.

Wildt, B. / Wildt, J. (2008): Das Psychodrama-Theater als Verfahren in Formaten der Hochschullehre. In: Wildt, B. / Hentschel, I. / Wildt, J. (Hrsg.): Theater in der Lehre. Verfahren – Konzepte – Vorschläge. Berlin: LIT Verlag, 201-220.

Wilke, E. (2007): Tanztherapie – Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Huber.

Wörner, A. (2008): Lehren an der Hochschule. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, (2. Aufl.).

Wolf, B. (1993): Hintergründe und Entwicklungsperspektiven zur ganzheitlichen Menschbildung in ostasiatischen Bewegungsmeditationen. Diplomarbeit, Deutsche Sporthochschule Köln.

Wolf, B. (2006): Affektintensivierende Verfahren und Methoden der Körperpsychotherapie. Diplomarbeit, Philipps-Universität Marburg.

Wolf, B. / Johst, T. (2004): Der amerikanische Traum. Wie Familien in Kalifornien wirklich leben. Dokumentarfilm. ZDF Dokukanal (Ausstrahlung: 2004).

Wolf, K. (2009): Von der Seelenheilkunde über die Klinischen Neurowissenschaften hin zu einer Personalisierten Medizin. Vortrag im Zentrum für Seelische Gesundheit, Klinik Marienheide, 28.6.2009.

Yalom, I. (1989): Existenzielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie.

Yalom, I. (2002): The gift of therapy. New York, NY: Harper Collins Publishers.

Yalom, I. (2007): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch. Stuttgart: Pfeiffer Verlag bei Klett-Cotta.

Young, C. (2006): Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In: Marlock, G. / Weiss, H.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer, 617-624.

Young, C. (2009): What is Body-Psychotherapy? A European Perspective. Vortrag auf der USABP Conference. Tuscon, AZ, USA. Aus: www.eabp.org [Zugriff am 1.5.09].

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Dissertation eigenständig und unter Verwendung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Ich habe sie weder gleichzeitig an anderer Stelle eingereicht, noch in der gleichen oder ähnlichen Form bereits zuvor an einer in- oder ausländischen Hochschule im Zusammenhang mit einem wissenschaftlichen Examen bzw. zum Erwerb eines akademischen Grades vorgelegt.

Marburg, den 10.02.2010